

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
РАДА МОЛОДИХ УЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

МАТЕРІАЛИ XIII НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ

“НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ”

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Дніпропетровськ, 2013

Міністерство охорони здоров'я України
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Рада молодих учених
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XII НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

**Дніпропетровськ
2013**

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції
Науковий редактор: професор Твердохліб І.В.
Відповідальний редактор: Петрук Н.С.

Голова конференції:
академік НАМН України, професор Дзяк Г.В.

Програмний комітет:
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т.О.
професор Мамчур В.Й.
професор Науменко Л.Ю.
професор Твердохліб І.В.

Голова Ради молодих учених:
Асєєв О.І.

Голова Студентського наукового товариства:
Петрук Н.С.

Редакційна рада:
Петрук Н.С., Іванченко М.В., Литвин А.В.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті
студентського наукового товариства
http://morphology.dp.ua/_pub/sno/
E-mail: petruk.dp@gmail.com

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XIII конф. студ. та мол. учених : [під ред. проф. І. В. Твердохліба]. – Дніпропетровськ, 2013. – 208 с.

До збірника увійшли тези наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

ЗМІСТ

Акушерство та гінекологія.....	7
Анестезіологія та інтенсивна терапія.....	28
Гігієна та екологія.....	55
Інфекційні, шкірні та венеричні хвороби	65
Медична біохімія та фармакологія	72
Мікробіологія, вірусологія, імунологія та епідеміологія.....	73
Морфологія та експериментальна медицина	76
Неврологія та офтальмологія.....	90
Онкологія та медична радіологія.....	102
Оториноларингологія.....	106
Педіатрія.....	110
Психіатрія та медична психологія.....	125
Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я.....	128
Спортивна медицина та валеологія.....	136
Стоматологія.....	137
Терапія.....	155
Урологія.....	165
Фтизіатрія.....	175
Хірургія, травматологія та ортопедія.....	179
Алфавітний авторський покажчик.....	203

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

В.Э.Бржезовский, Е.Ю.Маняхин, В.В.Лебедюк

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Из всех критических состояний, возникающих в повседневной акушерской практике, наиболее грозными и опасными остаются акушерские кровотечения. Массивные акушерские кровотечения обусловлены комбинацией нескольких причин и практически всегда сопровождаются грубыми нарушениями системы гемостаза. Эта тема остается актуальной на сегодня и требует дальнейшего изучения и поиска путей решения ввиду высокой материнской заболеваемости и смертности. Так, показатель акушерских кровотечений среди причин материнской смертности составляет 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, а как фоновая – до 78%. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов.

Новые методы диагностики причин акушерских кровотечений, усовершенствование методов профилактики и лечения внесли ощутимые результаты, но однако материнская смертность остается достаточно высокой, т.к. ежегодно в мире умирают от акушерских кровотечений более 150 тыс. женщин. Частота атонических и гипотонических кровотечений представляет 2-5% от общего количества родов, преобладают случаи гипотонического кровотечения с умеренной кровопотерей и клинической картиной волнообразного течения.

Цель исследования. Проанализировать особенности течения беременности и родов у женщин с наличием факторов риска по акушерским кровотечениям и частоту возникновения данной патологии при своевременной и полноценной вторичной профилактике в группах риска.

Материалы и методы. Согласно поставленной цели на базе Коммунального учреждения «Днепропетровская городская больница №9» ДОР» в исследование было включено 30 женщин, у которых были выявлены факторы риска развития акушерских кровотечений. Все женщины обследовались на основании приказов №417 от 15.07.2011 г., №676 от 31.12.2004 г., №620 от 29.12.2003 г. Для выявления факторов риска и постановки диагноза акушерское кровотечение были использованы данные анамнеза, общеклинические методы и дополнительные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 21 до 30 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: I-я группа – 18 (60%) пациенток проводилась профилактика акушерских кровотечений согласно клинического протокола и их кровопотеря не выходила за пределы допустимой. II-я группа – 12 (40%) пациенток – профилактика была проведена не в полном объеме. Из 12 пациенток, которым профилактика акушерских кровотечений была проведена не в полном объеме, 4 (33,3%) пациентки имели 3 и более факторов риска развития акушерского кровотечения и их кровопотеря в родах и раннем послеродовом периоде составила 800 мл и более. У 8 (66,7%) пациенток отмечалось наличие 2 и менее факторов риска и их кровопотеря не превысила 800 мл.

Конкретные факторы риска акушерских кровотечений представлены в таблице 1.

Таблиця 1

Факторы риска акушерских кровотечений	Профилактика, проводившаяся в полном объеме (n = 18)	Профилактика, проводившаяся не в полном объеме (n = 12)	
		Кровопотеря 800 мл и менее	Кровопотеря более 800 мл
1. Больше 3 родов в анамнезе	5 (27,8%)	0	4 (100%)
2. Первородящие	13 (72,2%)	8 (100%)	0
3. Кесарево сечение в анамнезе	5 (27,8%)	3 (37,5%)	2 (50%)
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	2 (11,1%)	2 (25%)	2 (50%)
5. Многоводие	6 (33,3%)	1 (12,5%)	4 (100%)
6. Преэклампсия тяжелой степени	2 (11,1%)	2 (25%)	4 (100%)
7. Стремительные роды	2 (11,1%)	0	2 (50%)
8. Ургентное кесарево сечение	1 (5,5%)	0	2 (50%)

Выводы

1. Акушерские кровотечения – одна из наиболее важных причин материнской смертности.
2. Своевременная профилактика является крайне необходимым звеном в структуре борьбы с данной патологией.
3. Для профилактики массивных акушерских кровотечений важным является выявление факторов риска акушерских кровотечений: аборт перед первыми родами (2 и более), 4-я и более беременности, артериальная гипертензия, преждевременные роды, многоплодная беременность и определение правильной тактики ведения беременности и родов.

Г.В.Ганжа, З.М.Дубоссарская

ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества, актуальность которой определяется, в первую очередь, высокой распространенностью. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что в мире насчитывается более четверти миллиарда больных ожирением и эта цифра неуклонно растет. Ожирение - хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным накоплением жировой ткани в организме, прогрессирующее при естественном течении, с определенным спектром осложнений и с высокой вероятностью рецидива после окончания лечения.

В гинекологической эндокринологии мало синдромов, которые не сопровождаются ожирением.

Гиперплазия эндометрия – доброкачественная патология слизистой оболочки матки, которая характеризуется прогрессированием клинко-морфологических проявлений от простой и

комплексной гиперплазии до атипичных предраковых состояний эндометрия и развивается на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении.

По мнению большинства исследователей, нарушения менструального цикла вторичны и являются следствием ожирения. При алиментарном ожирении в 6 раз чаще отмечаются нарушения менструальной функции и почти в 2 раза чаще – бесплодие. Имеется прямая зависимость между нарастанием массы тела и тяжестью нарушений овариальной функции.

Цель исследования. Определение характера гиперпластических процессов эндометрия в зависимости от возраста женщины и степени ожирения с целью повышения эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы. Для достижения поставленной в работе цели ретроспективно проводился анализ историй болезней в гинекологических отделениях КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОР», КУ «Областная клиническая больница им. И.И.Мечникова». Для отбора женщин применялся метод случайной выборки. Критериями отбора были: наличие гиперплазии эндометрия на фоне имеющегося ожирения. Всего проанализировано 35 медицинских карт стационарных больных.

Результаты и их обсуждение. При проведении ретроспективного анализа все женщины были разделены на группы в зависимости от возраста. К раннему репродуктивному возрасту (16-35 лет согласно классификации ВОЗ 1990 г.), принадлежали 7 (20%) женщин (1 клиническая группа), к позднему репродуктивному возрасту (35-49 лет) – 28 (80%) пациенток (2 клиническая группа).

У женщин 1 клинической группы ожирение I степени наблюдалось в 100% случаев, у 2 клинической группы степени ожирения были различны: I степень ожирения выявлена у 19 (67%) пациенток, II степень – у 8 (28,5%), III степень – у 1 (3,7%) женщины.

У 11 (31,4%) пациенток 2 клинической группы была диагностирована лейомиома тела матки, другие гинекологические заболевания – у 14 (40%) больных обеих тематических групп.

Сопутствующие заболевания выявлены у 12 (29,3%) женщин, среди них наиболее часто встречается гипертоническая болезнь – в 7 (20%) случаях, хронический холецистит – в 5 (14,3%) случаях.

У 20 (57,1%) женщин имело место указание в анамнезе на аномальные маточные кровотечения, которые были пролечены согласно протоколу Приказа МЗ Украины №582 от 15.12.2003 г. «Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном и перименопаузальном периоде». Пациенткам ранее произведено диагностическое фракционное выскабливание цервикального канала и полости матки. На основании патогистологического заключения был выставлен диагноз гиперплазии эндометрия. Курс лечения агонистами гонадотропного релизинг гормона ранее проводился 5 (14,3%) пациенткам.

Основной жалобой женщин при поступлении в стационар были обильные и длительные кровянистые выделения из половых путей – в 34 (97,1 %) случаях.

Все наблюдаемые женщины были подвергнуты фракционному выскабливанию цервикального канала и полости матки для подтверждения диагноза. Диагноз гиперплазии эндометрия был подтвержден патогистологическим исследованием после фракционного выскабливания стенок полости матки в 100% случаев.

Согласно классификации ВОЗ выделяют три основных вида гиперпластических процессов в эндометрии: эндометриальные полипы, неатипическая и атипическая гиперплазия эндометрия (простая и комплексная).

Простая неатипическая гиперплазия эндометрия выявлена в 30 (85,7%) случаях, из которых у 5 (71,4%) женщин 1 клинической группы, у 25 (89,3%) женщин 2 клинической группы; у 5 (14,3%) пациенток была подтверждена атипическая гиперплазия эндометрия, из которых 2 (28,6%) женщины 1 клинической группы и 3 (10,7%) – второй. У 5 (24,3%) пациенток имела место сочетанная патология (гиперплазия эндометрия и полипоз эндометрия), из них 4 (80%) женщины раннего репродуктивного возраста, а 1 (20%) – пациентка 2 тематической группы.

Заключение. Гиперпластические процессы эндометрия возникают в любом возрасте женщины. Ожирение является независимым предиктором возникновения гиперпластических процессов эндометрия, требующая изменения образа жизни.

Д.Л.Золотарев, З.М.Дубоссарская
**РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА**

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Одним из актуальных вопросов гинекологии является ведение пациентов после хирургического удаления яичников, когда происходит одномоментное выключение их функции, что ведёт к срыву адаптационно-приспособительных механизмов в организме и развитию синдрома «хирургической менопаузы».

После овариоэктомии, произведенной в позднем репродуктивном возрасте (35-49 лет), постовариоэктомический синдром развивается у каждой второй женщины в виде приливов жара, ознобов, повышенной потливости, урологических, обменных нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Обратное развитие постовариоэктомического синдрома без лечения проходит лишь у 18% больных, у остальных отмечается тяжелое, затяжное течение заболевания. По данным разных авторов без применения заместительной гормональной терапии развитие тяжелого течения наблюдается у 20-76% женщин.

Одним из актуальных вопросов современной гинекологии является адаптация женского организма к состоянию хирургической менопаузы.

Основным и наиболее патогенетически обоснованным методом лечения после тотальной овариоэктомии является заместительная гормональная терапия (ЗГТ).

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и приемлемость применения заместительной гормональной терапии для профилактики синдрома хирургической менопаузы у женщин позднего репродуктивного и постменопаузального возраста.

Материалы и методы. В наблюдение были включены 40 пациенток в возрасте 38-57 лет, которые наблюдались на базе КУ «Клиническая городская больница №9 «ДООС». У всех женщин проявления постовариоэктомического синдрома возникли в результате хирургического удаления яичников. Все пациентки были разделены на две группы: I группа – 23 (56%) женщины, которые получали заместительную гормональную терапию и II группа – 17 (44%) пациенток, у которых гормональная терапия не проводилась в связи с наличием абсолютных противопоказаний к ней.

Для оценки степени тяжести постовариоэктомического синдрома использовали менопаузальный индекс Куппермана в модификации Е.В.Уваровой (1982), определялся индекс массы тела. Также были проведены клинические и лабораторные методы исследования: гормональный скрининг, определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ), ультразвуковое исследование молочных желез, биохимический анализ крови (креатинин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), глюкоза, общий билирубин), липидный спектр крови (холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой, низкой и очень низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП), индекс атерогенности).

Результаты исследования. Клинические проявления посткастрационного синдрома в I группе и во II группе существенно отличались. Симптомы нейровегетативной дисфункции встречались у 4 (17%) и 15 (87%) женщин соответственно. По истечению в среднем 4,5 года после оперативного лечения легкая степень постовариоэктомического синдрома наблюдалась только у женщин первой группы – 13 (61%) человек. Средняя степень выраженности наблюдалась у 8 (38%) женщин. Во II группе проявление заболевания в легкой степени не наблюдалось. Сред-

дня степень выраженности постовариоэктомического синдрома наблюдалась у 9 (53%) пациенток, тяжелая - у 8 (47%) женщин.

Модифицированный менопаузальный индекс в I группе соответствовал уровню 8,9 баллов (легкая степень выраженности посткастрационного синдрома), во II группе – 19,5 баллов (граница средней степени выраженности).

В первой группе показатели ФСГ и ЛГ в среднем находились на уровне $47,8 \pm 5,3$ МЕ/л и $32,1 \pm 4,7$ МЕ/л. Отношение ФСГ к ЛГ не превышал 0,9. Вторая группа: уровень ФСГ и ЛГ в сыворотке крови $145 \pm 5,3$ МЕ/л и $42,8 \pm 4,9$ МЕ/л. Соотношение ФСГ/ЛГ больше 1.

Непрерывная заместительная гормональная терапия у женщин I группы способствовала хорошей стабилизации АД, прекращению гипертонических кризов у лиц с гипертонической болезнью, уменьшению доз гипотензивных препаратов. Содержание атерогенных фракций крови в первой группе находилось в пределах нормы. Женщины II клинической группы получали только симптоматическую терапию (препараты группы Гингко Билоба, гомеопатические средства, аппаратную физиотерапию, бальнеолечение). У второй группы пациенток выявлены следующие лабораторные отклонения: гиперхолестеринемия (общий холестерин в отдельных случаях был выше 9 ммоль/л), повышение уровня ЛПНП, увеличение соотношения общий холестерин - ЛПВП и повышение индекса атерогенности.

Заключение. Назначение заместительной гормональной терапии с ранних сроков послеоперационного периода у женщин позднего репродуктивного возраста способствует как профилактике ранних проявлений синдрома «хирургической менопаузы», так и препятствует возникновению поздних обменных нарушений, что позволяет снизить риск развития нежелательных последствий после проведенного оперативного вмешательства и побочных реакций, повысить качество жизни при достижении максимального результата лечения.

Г.А.Кукина, Ю.А.Дубоссарская

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУЖНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. В последние годы наметился неуклонный рост заболеваемости генитальным эндометриозом. Эндометриоз является одним из самых частых и самых загадочных гинекологических заболеваний. Считается общепринятым, что он занимает третье место в структуре гинекологической патологии после воспалительных заболеваний и лейомиомы матки. При этом проблемы патогенеза и, соответственно, подходов к лечению данных заболеваний - скорее поле для достаточно бурных дискуссий, чем более или менее устоявшаяся и структурированная сумма знаний.

Цель исследования. Изучение клинической картины и современных подходов к лечению больных с наружным генитальным эндометриозом.

Материалы и методы. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, лапароскопическое лечение с последующим патогистологическим исследованием операционного материала, гормональная терапия 30 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) на базе гинекологических отделений КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС», согласно протоколам МЗ Украины № 582 от 15.12.2003, №620 от 29.12.2003, №417 от 15.07.2011.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток в обследуемой группе составил от 26 до 54 лет; из них женщин репродуктивного возраста от 26 до 49 лет – 27; после 49 лет – 3. Основной жалобой у пациенток с наружным генитальным эндометриозом было отсутствие беременности в течение 4-16 лет, при этом первичное бесплодие наблюдалось у 12 (40%) женщин; вторичное бесплодие – у 7 (23%) женщин. У пациенток с вторичным бесплодием в анамнезе отмечались медицинские аборт у 2 (29%) пациенток; роды путем кесарева сечения – у 1

(14%) пациентки; внематочная беременность, лапароскопия, тубэктомия – у 1 (14%) пациентки; разрыв кисты желтого тела, лапароскопия, цистэктомия – у 1 (14%) пациентки. Выраженный болевой синдром наблюдался у 8 (27%) пациенток. Нарушение овариально-менструального цикла по типу предменструальных и постменструальных мажущих кровянистых выделений было выявлено у 3 (10%) пациенток.

Лапароскопическое оперативное лечение было проведено 19 (63%) женщин, из них в объеме сальпингофорэктомии – 1 (5%); цистэктомии – 10 (52%); прижигание очагов эндометриоза – 8 (43%) пациенток. Выявленные формы НГЭ у обследованных пациенток представлены в таблице 1.

В послеоперационном периоде для профилактики рецидивов заболевания применялась гормональная терапия: диеногест (визан) 2 мг в сутки в течение 3-6 месяцев у 17 (57%) женщин; агонист ГнРГ (диферелин) 3,75 мг подкожно однократно в течение первых 5 дней менструального цикла по 3,75 мг каждые 28 дней 3-6 месяцев у 2 (6%) женщин.

Таблица 1

Выявленные формы НГЭ у обследованных пациенток

Формы наружного генитального эндометриоза по результатам лапароскопии	Количество пациенток (%)
Эндометриовидная киста яичника	3 (16%)
Эндометриовидная киста яичника + аденомиоз матки	5 (26%)
Эндометриовидная киста яичника + эндометриоз маточных труб	3(16%)
Доброкачественные образования яичников + наружный генитальный эндометриоз	3(16%)
Эндометриоз маточных труб	2(10%)
Эндометриоз тела матки, аденомиоз	3(16%)

У 8 (27%) пациенток с выраженным болевым синдромом, и у 3 (10%) женщин с нарушением овариально-менструального цикла по типу менометроррагий, проводилась гормональная терапия: диеногест (визан) 2 мг в сутки в течение 3-6 месяцев.

У 2 (6%) пациенток с первичным бесплодием после сочетанного лечения – лапароскопия, консервативная гормональная терапия в течение 6 месяцев наступила беременность.

Выводы

1. Наружный генитальный эндометриоз является частой гинекологической патологией у женщин репродуктивного возраста.

2. Лапароскопические методы диагностики являются наиболее эффективными для верификации диагноза и лечения наружного генитального эндометриоза.

3. Комбинированная терапия – лапароскопическое удаление очагов эндометриоза с последующим консервативным гормональным лечением способствуют профилактике рецидивов заболевания.

4. Восстановление репродуктивной функции по данным нашего исследования наблюдалось через 6 месяцев комбинированного лечения, только у 6 % пациенток, что требовало продолжения терапии для профилактики рецидивов наружного генитального эндометриоза.

И.Ш.Мамедова, О.В.Супрунук, Ю.С.Польща, Ю.М.Дука

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. В современной медицине проблема бесплодия является весьма актуальной, так как приобретает не только социально-демографическое, но и экономическое значение. По показателям коэффициента рождаемости Украина относится к 8 странам с наименьшим уровнем детородной активности. В настоящий момент можно говорить о серьезной угрозе генфонду популяции украинцев. По данным последней переписи населения, в Украине проживает около 48 миллионов человек. Однако Государственный комитет статистики отметил за последние несколько лет снижение коэффициента рождаемости с 13,3 до 8,1, что привело к сокращению численности населения нашей страны на 1 миллион 488 тысяч и процессу «старения нации». Все это говорит об угрожающем состоянии репродуктивного здоровья нации.

Нарушение репродуктивного здоровья затрагивает интересы наиболее активной части населения, от которой зависит естественное воспроизводство - население фертильного возраста (15-49 лет).

Проведенные медико-социологические исследования показали, что у 93% женщин бесплодие приводит к психическому, социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Деторождение способствует нормализации социального и психологического статуса супружеской пары, укреплению семейных отношений.

Цель исследования. Оценить эффективность одного из методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) путем изучения особенностей течения беременности и родов у женщин, с проведенным методом экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов (ЭКО с ПЭ), оценки возможных осложнений беременности, связанных с причиной бесплодия и другими факторами, а также определить тактику и принципы ведения беременности, возникшей с помощью данного метода.

Материалы и методы. Согласно поставленной в работе цели на базе КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром» ДОС» были подвергнуты наблюдению 40 беременных женщин, беременность которых, наступила в результате ЭКО и ПЭ.

Тактика подготовки и ведения беременных с помощью ВРТ регламентирована приказом Министерства здравоохранения Украины от 23.12.2008 г. № 771 «Об утверждении инструкции о порядке применения вспомогательных репродуктивных технологий», который явился основополагающим при проведении исследования.

При разработке тактики подготовки и ведения пациенток учитывались данные анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза, генез и длительность бесплодия, результаты объективного обследования, протокола стимуляции суперовуляции и клинико-лабораторных данных.

Все женщины находились на стационарном лечении в отделении медицины плода и патологии ранних сроков беременности КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОР».

При ведении и обследовании беременных также использовался клинический протокол Приказа МЗ Украины №624 «Невынашивание беременности» от 3.11.2008 года.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 24 до 40 лет и в среднем составил $27,2 \pm 2,7$ лет. Все женщины имели диагноз первичного женского бесплодия.

Наследственный анамнез (акушерско-гинекологический) отягощен у 10 (25%) женщин за счет указаний на наличие различных вариантов женского бесплодия у ближайших кровных родственников.

Оценивая эффективность метода ЭКО, следует сказать, что беременность с первой попытки наступила в исследуемой группе у 37 (92,5%) женщин. У 3 (7,5%) женщин беременность

наступила со второй попытки. Изучая социальный статус женщин, выяснилось, что среди подвергшихся ЭКО преобладали служащие – 23 (57,5%) женщины, домохозяйки составили 14 (35%) человек, пациенток рабочих специальностей было 3 (7,5%). Уровень образования женщин был весьма высоким: 32 женщины (80%) имели высшее образование, а 8 (20 %) – среднее специальное.

Продолжительность бесплодия у тематических женщин была различной: до 5 лет первичное бесплодие отмечено в 12 (30%) случаях, 5-10 лет – у 18 (45%) пациенток, свыше 10 лет – у 10 (25%). У 12 (30%) пациенток причиной бесплодия являлись эндокринные нарушения, которые в дальнейшем привели к возникновению угрозы самопроизвольного аборта в первом триместре беременности у 10 (83,3%) женщин. У 1 (8,3%) пациентки имела место неразвивающаяся (замершая) беременность в сроке 12 недель. У 1 (8,3) женщины в сроке 5 недель произошел самопроизвольный аборт.

Трубно-перитонеальной формой бесплодия страдали 20 (50%) женщин. Из них у 1 (5%) пациентки, имеющей в анамнезе эктопическую беременность с дальнейшей тубэктомией слева, после проведения ЭКО, возникла повторная внематочная беременность, что привело к лапароскопии с правосторонней туботомией и эвакуацией плодного яйца. У 10 (50%) женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, беременность протекала на фоне угрозы прерывания преимущественно во II-триместре. У 2 (10%) беременных с данной формой бесплодия, угроза прерывания беременности возникла в I триместре.

У 6 (15%) женщин, бесплодие развилось в результате имеющихся гинекологических заболеваний, таких как лейомиома матки, генитальный эндометриоз, хронический сальпингит и оофорит, в результате перенесенного эндометрита на фоне инфекций, передающихся половым путем. У 4 (66,6%) из них беременность протекала на фоне аномальной плацентации: предлежание плаценты отмечено у 1 пациентки, низкое прикрепление плаценты имело место у 3 женщин, которое сопровождалось угрозой преждевременных родов, преимущественно в III триместре беременности.

В 2 (5%) случаях отмечен дополнительно мужской фактор бесплодия.

Пациенток с одноплодной беременностью было 30 (81%) человек, дихориальная диамниотическая двойня отмечена в 6 (16,2%) случаях, тройня наблюдалась у 1 (2,7%) пациентки.

Поддержка беременности, наступившей в результате ЭКО, начиналась с самых ранних сроков, сразу после переноса эмбрионов в матку женщины.

В лечебных мероприятиях, проводимых беременным после ЭКО, важной являлась поддержка функции желтого тела. Это объясняется исходным состоянием эндокринного дисбаланса у ряда женщин и широким применением в программе стимуляции суперовуляции препаратов агонистов-ГнРГ. Доказано, что эти препараты активируют фермент, участвующий в расщеплении прогестерона. Кроме того, закономерно более высокий уровень эстрадиола в цикле стимуляции суперовуляции требует и более высокого уровня прогестерона для сохранения соотношения эстрадиол/прогестерон, характерного для спонтанного цикла.

Из числа различных методов поддержки функции желтого тела наиболее часто применяли микронизированный прогестерон либо дидрогестерон в индивидуально подобранных дозировках под контролем уровня прогестерона в крови. Предпочтение отдавалось монотерапии одним гестагеном, чаще микронизированному прогестерону.

В процессе наблюдения угрозу прерывания беременности в I триместре наблюдали у 12 (30%) беременных, во II триместре – у 10 (25%), в III – у 4 (10%), «критическими» сроками для возникновения угрозы прерывания беременности являлись 6-8 нед., 22-24 нед., 28-32 нед.

Гладкое течение беременности на фоне адекватно подобранной терапии отмечалось у 11 (27,5 %) женщин.

Беременность закончилась срочными самопроизвольными родами в 30 (81%) случаях, путем операции кесарево сечение – в 7 (18,9%) случаях. Сроками родоразрешения женщин после ЭКО и ПЭ явились при одноплодной беременности – 38-39 недель, при двойне – 36-37 недель, тройне – 35 недель.

Всего родилось 45 детей, из них доношенных – 40 (88,9%), недоношенных детей – 5 (11,1%). Недоношенные дети находились в сроке гестации 35-36 недель беременности. С оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов родилось 35 детей (77,7%), 6-7 баллов - 9 (20%), менее 5 - 1 (2,2%).

Заключение. Беременность на фоне применения ВРТ расценивается как ситуация повышенного риска, требующая квалифицированного подхода и тщательного наблюдения, так как именно от грамотного ведения беременности и родов зависит здоровье и жизнь матери и ребенка. При адекватном, индивидуальном подходе к пациенткам после ЭКО благоприятный исход беременности по данным нашего исследования наблюдался у 37(92,5%) женщин.

М.С.Марциновская, Л.П.Грек

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. За последние годы все большее внимание клиницистов и ученых привлекает проблема боли. Особое место занимает проблема хронической тазовой боли (ХТБ) у женщин репродуктивного периода, являясь широко распространенным физическим недугом, который наносит значительный материальный и моральный ущерб и представляет собой общемедицинскую и социальную проблему. На долю ХТБ приходится от 32 до 48% всей патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу. Длительно существующая и трудно-купируемая тазовая боль дезорганизует центральные механизмы регуляции важнейших функций организма человека, изменяет психику, поведение людей, нарушает их социальную адаптацию.

Цель исследования. Изучить особенности болевой симптоматики и качество жизни женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и сопутствующей хронической тазовой болью; установить целесообразность применения диагностических и оперативных лапароскопий у больных с ХТБ.

Материалы и методы. Согласно поставленной в работе цели, на базе Коммунального учреждения «Днепропетровская городская клиническая больница № 9 «ДОС», проведено ретроспективное исследование 35 историй болезни женщин, которым были выполнены лапароскопия и лапаротомия по поводу доброкачественных образований яичников при отсутствии эффекта от консервативной терапии (эндометриоидные кисты, кисты желтого тела, фолликулярные кисты) - 30 пациенток (85,7%), ХТБ у всех 35 женщин (100%) за 2010-2012 гг. Двадцать пять пациенток, которым была произведена лапароскопия, вошли в первую группу, десяти пациенткам во второй группе проведена лапаротомия. Возраст пациенток колебался от 25 до 45 лет. Заболевание длилось в среднем $6,5 \pm 0,5$ мес. В анамнезе у 18 (51,4%) женщин были воспалительные заболевания органов малого таза, у 11 (31,4%) – патологические роды, у 13 (37,1%) – оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности, осложнений доброкачественных опухолей органов малого таза. В основном, пациентки предъявляли жалобы на наличие болевого синдрома в области малого таза и пояснице без выраженной цикличности, дисменорею, диспареунию, снижение работоспособности, быструю утомляемость, нарушение сна, снижение физической активности, угнетение настроения.

Женщины обследовались на основании Приказов МЗ Украины №582 от 15.12.2003 г., №620 от 29.12.2003 г., №417 от 15.07.2011г.

Диагноз ХТБ основывался на результатах объективного обследования, данных анамнеза, тестов оценки восприятия, данных бимануального обследования, общего анализа крови, общего анализа мочи, УЗИ, осмотра смежных специалистов, фиброгастродуоденоскопии, ирригоскопии (для исключения рака Крукенберга), результатах оперативного лечения, патогистологического исследования операционного материала. Всем 35 пациенткам до операции были проведены тесты на онкомаркеры (СА-125, НЕ-4). Пациенткам проводилась симптоматическая терапия, терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, седативная терапия.

Результаты и их обсуждение. У 27 пациенток (77,1%) после оперативного лечения был установлен диагноз тазовые перитонеальные спайки. В 33-х случаях (94,2%) выявлен наружный генитальный эндометриоз. Послеоперационный период у всех больных протекал относительно гладко. Пациентки после лапароскопического лечения находились в стационаре 3 ± 1 дня, после лапаротомического – 6 ± 1 дней. Пациентки, страдающие болями внизу живота в течение 3-х месяцев и более, были консультированы смежными специалистами для исключения экстрагенитальной патологии, психосоматических состояний. Дифференцированное хирургическое лечение ХТБ лапароскопическим или лапаротомным доступом с учетом патогенетических факторов является эффективным методом купирования болевого синдрома.

Выводы

1. У 77,1% больных с ХТБ выявлены тазовые перитонеальные спайки, в том числе после перенесенных воспалительных заболеваний внутренних гениталий (51,4%). Выраженность болевого синдрома не коррелировала со степенью распространения спаечного процесса.
2. Лапароскопия не только выявляет причину ХТБ, но и становится важным фактором воздействия на личность и психику больной.
3. В проведенном исследовании у большинства (94,2%) пациенток причиной образовавшихся тазовых перитонеальных спаек был наружный генитальный эндометриоз.

В.В.Мовчан, В.С.Полеся, Т.А.Жержова

МЕСТО ГИСТЕРОСКОПИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность гиперпластических процессов эндометрия не теряет своего значения как с позиции профилактики рака эндометрия, так и с позиции восстановления и сохранения репродуктивной функции. Это особенно важно в настоящее время с учетом экологической ситуации и связанного с этим ростом патологии эндометрия.

Большое значение имеет профилактика, ранняя диагностика, адекватное поэтапное лечение с дальнейшим восстановлением менструальной и детородной функции. В настоящее время эндоскопические методы занимают ведущее место в диагностике различных заболеваний гениталий, в хирургическом их лечении, послеоперационном ведении больных. Особое значение представляет использование гистероскопии при патологических изменениях эндометрия.

Цель работы. Провести анализ структуры внутриматочной патологии, определить частоту и эффективность применения эндоскопических методов для её диагностики и лечения и снижение количества рецидивов путем применения гистероскопии.

Материалы и методы. На базе гинекологического отделения Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И.Мечникова проанализированы истории болезни 34 женщин, которым была выполнена гистероскопия с целью диагностики и лечения внутриматочной патологии. Во всех случаях применялся жидкостный метод гистероскопии с использованием неэлектролитного 0,9% натрия хлорида (гистерорезектоскоп фирмы «WOLF», Германия), с последующим фракционным выскабливанием цервикального канала и полости матки и патогистологическим исследованием материала.

Результаты и их обсуждение. Гистероскопия с диагностической и лечебной целью была выполнена 34 женщинам в возрасте от 23 до 49 лет. Средний возраст больных – $34,6 \pm 2,4$ года.

Количество женщин, имевших в анамнезе диагностическое выскабливание полости матки по поводу гиперпластических процессов эндометрия, составило 15 (44,1%).

Хронический эндометрит выявлен в сочетании с полипами эндометрия у 4 (11,7%) пациенток.

Структура выявленной патологии эндометрия по данным гистологического исследования эндометрия у женщин представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура выявленной патологии эндометрия

№	Патогистологическое заключение исследования эндометрия	Абсолютное количество (n = 34)	%
1.	Неатипическая гиперплазия эндометрия:	16	46,1%
	-простая	12	35,3%
	-комплексная	4	11,7%
2.	Полип эндометрия, в том числе:	18	52,9%
	-фиброзно-железистый	13	38,2%
	-железистый полип	5	14,7%
3.	Хронический эндометрит	4	11,7%

При полипах эндометрия выполнялась электрорезекция, гистерорезектоскопом фирмы “WOLF”, с коагуляцией ложа полипа, а при гиперплазии эндометрия - резекция патологически измененных участков эндометрия. Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было. Среднее пребывание в стационаре после операции составило 3 ± 1 дня.

Выводы

1. После проведения ретроспективного анализа, следует отметить, что в структуре внутриматочной патологии гиперпластические процессы эндометрия составляют 47% случаев.
2. Применение гистероскопии с диагностической и гистерорезектоскопии с лечебной целью обеспечивает снижение частоты интра - и послеоперационных осложнений, сохранение репродуктивной функции, а также сокращение сроков пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде.
3. Гистероскопия в настоящее время признана «золотым стандартом», так как позволяет своевременно диагностировать патологию эндометрия, проводить адекватную терапию, контроль эффективности лечения в динамике, что способствует профилактике злокачественных заболеваний эндометрия.

Е.М.Навая, Е.А.Цыбульник, Т.Ф.Парпуланская, Ю.М.Дука ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Привычное невынашивание беременности представляет собой сложную и многоплановую проблему современного акушерства. В Украине частота прерывания беременности остается достаточно высокой и составляет от 15% до 23% всех зарегистрированных беременностей, при этом около 50% выкидышей приходится именно на долю привычного невынашивания. К достаточно хорошо изученной группе причин невынашивания беременности относятся инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), наличие у плода генетических и

хромосомних аномалій, во втором-третьем триместрах беременности особенную роль играют истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), дисгормональные нарушения. В то же время остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся роли наследственных тромбофилий, антифосфолипидного синдрома (АФС) при привычном невынашивании беременности. Медико-социальную значимость невынашивания трудно переоценить. Она характеризуется высокой перинатальной смертностью недоношенных детей, большими экономическими затратами, связанными с их выхаживанием, а также высокой инвалидизацией этих детей.

Цель работы. Изучить причины возникновения, факторы риска развития привычного невынашивания беременности, разработать патогенетически обоснованную схему лечения женщин с привычным невынашиванием беременности, с учетом индивидуального подхода.

Материалы и методы. Согласно поставленной в работе цели на базе коммунального учреждения «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОР», было обследовано 36 беременных женщин с привычным невынашиванием беременности.

Основополагающими документами в обследовании и лечении тематических женщин были: Приказ МЗ Украины №417 от 15.07.2011 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» и клинический протокол приказа №624 от 3.11.2008 года «Невиношування вагітності». Дополнительно, с учетом научного интереса к выявлению врожденных и приобретенных форм тромбофилии в начале исследования и в последующем 1 раз в месяц всем пациенткам проводилось исследование показателей коагуляции (активированное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген, Д-димер), уровня гомоцистеина, волчаночного антикоагулянта (ВА), иммуноглобулинов к кардиолипину, фосфолипидам, выявлялось носительство полиморфизма в генах фолатного обмена.

Диагноз основывался на результатах общеклинических и специальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 20 до 40 лет.

Ранняя постановка на учет на амбулаторно – поликлиническом этапе наблюдения до 12 недель беременности имела место у 30 (91%) женщин, после 12 недель беременности - у 6 (9%).

Генетический анамнез отягощен у 25 (69,4%) женщин. Число женщин, имеющих доказанное нарушение фолатного обмена составило 12 (33,3%), гиперкоагуляционный синдром выявлен у 9 (25%) беременных, ИППП - у 9 (25%). На основании подтверждения в тестах лабораторной диагностики (положительный ВА, выявление повышения Ig M, G к кардиолипину, β_2 -гликопротеиду-1) выставлен диагноз АФС у 2 (5,55%). У 2 (5,55%) женщин причина невынашивания беременности была сочетанной.

Количество женщин, предыдущая беременность которых закончилась самопроизвольным абортom в сроке до 12 недель 3 и более составило 30(83,3%), в 2 (5,5%) случаях - замершей беременностью. В 12 (33,3%) случаях имелось указание на медицинские аборты в анамнезе по причине нежелательной беременности.

После 12 недель гестации беременность в анамнезе прерывалась у 9 (25%) женщин. У 10 (27%) пациенток предыдущие беременности закончились нормальными родами. Преждевременные роды имели место у 2 (5,55%) женщин.

Каждой пациентке был выбран индивидуальный план лечения с учетом патогенетически значимых причин, выявленных при обследовании.

Всем пациенткам наряду с комплексной сохраняющей терапией согласно клинического протокола приказа № 624 МЗ Украины, применялась кофакторная терапия фолиевой кислотой и витаминами группы В. При выявлении гиперкоагуляционного и антифосфолипидного синдромов, в индивидуальных дозах назначались низкомолекулярные гепарины, кардиомагнил в дозе 75 мг, с обязательным мониторингом числа тромбоцитов, гемостазиограммы - до и через 5 – 10 дней после назначения терапии.

ИЦН возникла у 11 (30,5%) женщин, что потребовало наложения циркулярного шва на шейку матки мерсилоновой лентой.

В результате проведенного лечения гладкое течение беременности отмечалось у 20

(55,6%) женщин.

Беременность закончилась срочными родами в 30 (83,3%) случаях, путем операции кесарево сечение – в 6 (16,7%) случаях.

Заключение. Беременность на фоне АФС, гиперкоагуляционного синдрома и гипергомоцистеинемии расценивается как ситуация повышенного риска, требующая квалифицированного подхода и тщательного наблюдения, так как именно от грамотного ведения беременности и родов зависит здоровье и жизнь не только матери, но и ребенка.

Э.П.Нагиева, Ю.А.Дубоссарская

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) распространенная патология среди беременных женщин. По данным ВОЗ, частота ГСД в общей популяции беременных составляет от 1% до 14%, в среднем до 7%. Гестационный сахарный диабет (ГСД) является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанной с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества диагностики ГСД.

Цель работы. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Материалы и методы. На базе КУ «Днепропетровская государственная клиническая больница №9 «ДОС», в отделении патологии беременных, было проведено полное клинко-лабораторное обследование 30 беременных женщин с ГСД, согласно приказов МЗ Украины № 417 от 15.07.2011 и № 582 от 15.12.2003 г., №620 от 29.12.2003 г.

Результаты и их обсуждение. Были обследованы пациентки с ГСД в возрасте от 21 года до 36 лет. 18 (60%) женщин с ГСД поступали в отделение с жалобами на жажду, частое мочеиспускание, отеки на нижних конечностях, а 12 (40%) – не предъявляли никаких жалоб. Почасовой тест толерантности к глюкозе (ПТТГ) был проведен в первой половине беременности только у 5 (16%) пациенток с ГСД, однако, большое число пациенток входило в группу высокого риска по развитию диабета беременных: страдали ожирением 10 (33%) пациенток, крупный плод в анамнезе был у 5 (16%). ГСД в предыдущие беременности не был диагностирован ни у одной пациентки. Остальным 25 (84%) женщинам диагноз ГСД был установлен при проведении ПТТГ и консультировании эндокринологом в сроке 24-28 недель гестации.

По рекомендациям эндокринолога у 10 (33%) пациенток ГСД был компенсирован диетой, а 20 (67%) пациенткам была назначена инсулинотерапия. Течение беременности у женщин с ГСД осложнилось дистрессом плода у 8 (26%) пациенток, преэклампсией тяжелой степени – у 2 (6%) пациенток, угрозой прерывания беременности – у 10 (33%) пациенток, многоводием – у 9 (30%), бессимптомной бактериурией – у 3 (10%) женщин, преждевременным разрывом плодных оболочек – у 5 (16%) пациенток.

Роды через естественные родовые пути проходили у 21 (70%) женщины с ГСД, в том числе преждевременные роды – у 3 (10%), срочные роды – у 18 (60%) пациенток. Роды осложнились разрывом промежности у 5 (16%) женщин, акушерским кровотечением – у 2 (6%) женщин. У 9 (30%) женщин проведено родоразрешение путем операции кесарево сечение. Показанием к операции кесарево сечение были: рубец на матке у 3 (10%), дистресс плода в родах у 4 (13%), преэклампсия тяжелой степени у 2 (6%) беременных.

Новорожденные с массой тела больше 4000 г родились у 16 (53%) родильниц с ГСД. Все новорожденные родились живыми в удовлетворительном состоянии.

Все родильниці виписані в задовільному стані з рекомендаціями після родов через естественные родовые пути на 3-5 сутки, після операції кесарево сечення – на 6-8 сутки. Новорождалих, виписаних в задовільному стані було 27 (90%), а переведених на другий етап вихаживання – 3 (10%).

Выводы

1. ГСД являється дуже поширеною патологією у вагітних жінок. Частина випадків ГСД протікає латентно – в 40% випадків, без явних клінічних ознак на протязі вагітності.
2. Течение вагітності у жінок з ГСД часто ускладнювалось многоводием (30%), бессимптомной бактериурией (10%), преэклампсией тяжелой степени (6%), дистрессом плода (26%), преждевременным разрывом околоплодных оболочек (16%).
3. Течение родового акта у вагітних з ГСД ускладнювалось дистрессом плода (13%), разрывом промежности (16%), акушерским кровотечением (6%).
4. Большинство новорожденных, рождених жінками з ГСД, в 90% випадків були виписані з родильного дому в задовільному стані.

Ю.В.Несененко, Д.И.Лаврут, Л.П.Грек

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Эндометриоз, как гинекологическое заболевание, становится проблемой века и является одним из важнейших вопросов современной гинекологии. Ведущим симптомом эндометриоза в 90% случаев является болевой синдром, который имеет стойкий характер, обуславливая хронизацию болей. Основным этапом терапии наружного генитального эндометриоза (НГЭ) является хирургическое вмешательство, направленное на максимальное удаление эндометриоидных очагов. Второй этап - медикаментозное воздействие с достижением необходимого лечебного и противорецидивного эффекта.

Цель исследования. Оценка эффективности лечебной тактики у тематических больных с учетом изучения экспрессии рецепторов стероидных гормонов, пролиферативной активности тканей эутопического и эктопического эндометрия, для повышения эффективности гормонального лечения у больных с эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли (СХТБ).

Материалы и методы. Нами были ретроспективно изучены истории болезни 30 пациенток, находившиеся на обследовании и лечении в отделениях оперативной гинекологии КУ «Областной клинической больницы им. И.И. Мечникова», КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС», КУ «Клиническое объединение скорой медицинской помощи «ДОС». Всем пациенткам было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование согласно клиническим протоколам МЗ Украины: №582 от 12.12.2003, №676 от 31.12.2004, №417 от 15.07.2011, №620 от 29.12.2003.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных больных колебался от 22 до 45 лет, в среднем составляя $32 \pm 3,1$ года. Во время проведения лапароскопии, по пересмотренной классификации Американского общества фертильности (R-AFS, 1985) были определены степени распространения наружного генитального эндометриоза. Больные распределились следующим образом: I степени – 8; II степени – 10; III степени – 11; IV степени – 1 пациентка. Диагноз генитального эндометриоза устанавливали на основании гистологического исследования биоптатов эндометриоидных гетеротопий, полученных в результате оперативного вмешательства. Состояние эндометрия оценивалось с помощью морфологического исследования, окрашиванием парафиновых срезов гематоксилин-эозином, по Ван-Гизон. Определение рецепторов эстрогенов и прогестерона проводилось с помощью иммунопероксидазного метода, антитела Rabbit

Monoclonal Anti-Estrogen Receptor, clon SP1 (Diagnostic Bio Systems, USA). Mouse Monoclonal Anti - Progesteron Receptor, clon PgR 636 (Dako); маркера пролиферації Ki-67 Rabbit Monoclonal Anti- Ki-67 clon SP6 (Diagnostic Bio Systems, USA). Система візуалізації здійснювалась з допомогою Ultra Vision Quanto Detection System (Thermo Scientific, USA), які визначали в патологоанатомічному відділенні КУ "КОД"ДОС".

Больні були розділені на дві групи: перша група – 18 пацієнток з I і II ступенем розповсюдження НГЕ і болевим синдромом, друга група – 12 больних з III і IV ступенем розповсюдження НГЕ і болевим синдромом. Всі тематическі больні пред'являли постійні скарги на болі в нижніх відділах живота і поясиці, порушення менструальної функції по типу "рецидивуючих метроррагій". Середня тривалість болевого синдрому складала $3,2 \pm 0,6$ років. Серед супутньої екстрагенітальної патології звертає на себе увагу захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, хронічний гепатохолестит, жовчекаменна хвороба), захворювання щитовидної залози, високий інфекційний індекс (ОРВІ більше 2-3 разів в рік в дитинстві). Для оцінки вираженості болевого синдрому інтенсивність болю оцінювалась в балах від 0 до 10 по візуальній аналоговій шкалі (ВАШ) (0 – відсутність болю, 10 – максимальна вираженість болю).

В першій групі больних помірений болевой синдром відзначався в 12 випадках з 15 (80%), а в другій групі – у 3 з 15 пацієнток (20%). Виражену біль діагностували у 3 (20%) пацієнток з першої групи і у 12 (80%) з другої групи больних. По результатам дослідження простежується кореляція між ступенем розповсюдження зовнішнього генітального ендометріозу і інтенсивністю болевого синдрому.

При аналізі результатів дослідження експресії рецепторів естрогенів і прогестерону встановлено: у пацієнток 1 групи відзначена помірно виражена $122,8 \pm 11,9$ експресія к рецепторам естрогенів (ER) і прогестерону (PR) $104,56 \pm 14,7$ як в залізах ендометрія, так і в стромі. У пацієнток 2 групи експресія рецепторів естрогенів і прогестерону не проявляла суттєвих особливостей в епітелії заліз (ER) складала $86 \pm 12,1$; і була декілька вище ніж в стромі $63 \pm 9,5$; експресія рецепторів прогестерону в епітелії заліз (PR) складала $108 \pm 12,6$ була незначительно нижче ніж в стромі $116 \pm 12,6$. Ki-67 (фактор клітинного ділення) визначався в ядрах стромальних, залізистих кліток ендометрія, очагах ектопічного ендометрія і склав: в 1 групі $46,5 \pm 0,1\%$ в епітелії заліз, в стромі – $32 \pm 2\%$. В 2 групі експресія Ki-67 складала $42,5 \pm 3,4\%$ в епітелії заліз, в стромі $22 \pm 1,7\%$.

Учитывая підвищену проліферативну активність кліток еутопічного ендометрія, у пацієнток 1 групи, помірно виражену експресію к рецепторам естрогенів (ER) і прогестерону (PR) як в залізах ендометрія, так і в стромі, і помірений болевой синдром у 80% пацієнток, лікування починали з агоністів Гн-РГ в течение 3-х місяців і при необхідності продовжували до 6 місяців, з наступним призначенням комбінованих оральних контрацептивів до 12 місяців.

Поскольку у більшості жінок 2 групи виражений болевой синдром супроводжувався загальною тривожністю, збудливістю, слабкістю, подразливістю, емоційною лабільністю, і що об'яснялась переважно симпатическою напруженістю вегетативних реакцій, і це зробило неприйнятним призначення агоністів Гн-РГ. Пацієнткам 2 групи з слабкою експресією рецепторів естрогенів (ER) і прогестерону (PR) в епітеліальних клітках ектопічного ендометрія і помірно вираженою експресією рецепторів прогестерону (PR) в порівнянні з слабкою експресією рецепторів естрогенів (ER) в стромі, і з вираженим болевим синдромом у 10 (83,3%) пацієнток рекомендували діногест в дозі 2 мг в течение 8-12 місяців.

Висновок. В результаті проведеного диференційованого лікування пацієнток з ендометріозом і СХТБ після закінчення лікування, 11 пацієнток (73,3%) 1-ї групи оцінили біль по ВАШ як незначительну (від 1 до 5 балів); пацієнтками 2 групи оцінка болю від 1 до 5 балів по ВАШ відзначена у 10 (66,6%) пацієнток. Таким чином, запропонований нами діагностический і лікувальний алгоритм сприяв усунюванню болевого синдрому в 70% слу-

чаев у больных с генитальным эндометриозом, нормализации менструальной функции, что повышало эффективность лечения и качество жизни.

О.Н.Ручик, В.В.Лебедюк

ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Заболевания шейки матки занимают лидирующее положение в структуре патологии женских половых органов, в частности рак шейки матки находится на втором месте по распространённости среди онкологических заболеваний в мире и на первом месте – среди причин женской смертности от онкологической патологии в развивающихся странах.

В Европе каждый год регистрируется 60.000 новых случаев заболевания и 30.000 смертей от рака шейки матки. В Украине также сложилась неблагоприятная обстановка по раку шейки матки. Повышение заболеваемости рака шейки матки коррелирует с ростом инфекций, которые передаются половым путем. Ежегодно в Украине умирает более 2 тысяч больных раком шейки матки, из них до 700 – женщины репродуктивного возраста. На этом фоне поиск эффективных методов диагностики и лечения предраковых заболеваний, которые связаны с вирусом папилломы человека, становится чрезвычайно важным.

Целью исследования являлась оптимизация диагностики и тактики ведения пациенток с эпителиальной дисплазией шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека, на основании клинических, патогистологических и молекулярно-биологических показателей.

Методы и материалы. Ретроспективно проводился анализ медицинских карт амбулаторных и стационарных больных в гинекологическом отделении и консультативной поликлинике «КУ» Днепропетровская Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова. Обследована 31 женщина в возрасте от 24 до 45 лет с диагнозом – дисплазия шейки матки, ассоциированная с вирусом папилломы человека. Согласно приказу МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» протоколу «Доброякісні та передракові процеси шийки матки» Проводилось онкоцитологическое, кольпоскопическое исследование, патогистологическое исследование биопсийного материала исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вируса папилломы человека 16, 18 типа.

Результаты и их обсуждение. Для выполнения поставленной цели была обследована 31 женщина в возрасте от 24 до 45 лет с диагнозом дисплазия шейки матки I, II, III степени, ассоциированная с вирусом папилломы человека. Все тематические женщины разделены на 3 группы по степеням дисплазии. Первую группу составили 11 (35%) женщин с дисплазией шейки матки I степени; вторую клиническую группу – 12 (39%) женщин с дисплазией шейки матки II степени; третью – 8 (26 %) женщин с дисплазией шейки матки III степени. Среди тематических женщин эрозия шейки матки выявлена у 14 (40%), 3-х и более количество родов в анамнезе отмечено у 8 (20,4%) пациенток, указания на наличие инфекций, передающихся половым путем, имели место в 10 (25,2 %) случаях, инфекция ВПЧ выявлена в 100 % наблюдений.

Количество половых партнеров (больше 3) имели 16 (40,5%) женщин, вредные привычки (курение активное и пассивное) – у 6 (15%) пациенток; низкий социальный уровень отмечен у 12 (30%), ранний возраст первого полового акта (до 16 лет) имели 12 (30 %) женщин.

При изучении истории цитологических мазков отклонения от нормы выявлены у 32 (80%) пациенток. Пациентки с III степенью дисплазии шейки матки были направлены на лечение к онкогинекологу.

Клиническое исследование доказали, что препарат интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 является достаточно безопасным и хорошо переносился пациентками при дисплазии шейки матки I и II степени при лечении по схеме: 500000 МЕ интравагинально два

раза в сутки в течение 10 дней, с последующим назначением один раз в сутки через день в течение трех месяцев. Выявлено, что после проведенного лечения с применением указанного препарата была достигнута регрессия при плоскоклеточных интраэпителиальных поражениях шейки матки в 25 (59,4%), которое способствовало элиминации высокоонкогенных типов ВПЧ в 38 (65,4%) случаев.

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным подтверждена эффективность применения интерферона человеческого рекомбинантного альфа-2 в терапии дисплазий шейки матки I и II степени тяжести и необходимость лечение пациентки с дисплазией шейки матки III степени в онкологическом центре.

Н.О.Синьовид, Я.С.Ковальчук, Г.О.Кукина, Д.І.Лаврут, Ю.М.Дука **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ**

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО

Актуальність. Частота лейоміом матки в сполученні з вагітністю, за даними різних авторів, коливається від 0,4 до 2,5%. Репродуктивна функція жінок з лейоміомою знижена, так як розвитку цієї патології нерідко попередує безпліддя. Перебіг та результат вагітності залежать від локалізації та розмірів пухлини, розташування плаценти, стану фетоплацентарного комплексу. У більшості вагітних з лейоміомою матки виникають серйозні ускладнення та розвивається дисфункція плацентарного комплексу.

Мета дослідження. Проаналізувати перебіг вагітності та пологів у жінок з лейоміомою матки в супутньому діагнозі, вивчити її внесок в структуру акушерських ускладнень.

Матеріали та методи. Згідно поставлений у роботі мети спостерігалися 24 вагітні жінки з діагнозом лейоміома матки та вагітність на базі КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «ДОР». Під час спостереження застосовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Результати та їх обговорення. Вік пацієнток коливався від 26 до 36 років. У 10 (42%) жінок діагноз лейоміоми матки був встановлений до вагітності, у 14 (72%) – під час вагітності.

Обтяжений за рахунок первинного безпліддя анамнез був виявлений у 7 (30%) жінок, вторинного безпліддя – у 3 (12,5%). Повторновагітними були 9 (37,5%) жінок, з яких 5 (20,9%) страждали на невиношування вагітності.

Загроза переривання вагітності відмічена у 17 (70,8%) вагітних, епізоди кров'янистих виділень із статевих шляхів – у 18 (75%). Найбільш характерними термінами виникнення загрози самовільного викидня були терміни: 6-11 та 16-22 тижнів.

При бімануальному дослідженні розміри матки не відповідали терміну гестації, а саме перевищували такі у 14 (58,3%) жінок, матка у 16 (66,7%) була у підвищеному тонусі.

При проведенні УЗД наявність ділянки відшарування хоріону або плаценти виявлено у 7 (29,1%) вагітних. Неповноцінність жовтого тіла була виявлена у 10 (41,6%) жінок, що було підтверджено низьким рівнем прогестерону у крові вагітної.

Гіпертензивні розлади розвинулися в 11 (45,8%) пацієнток, з них у 6 (25%) – прееклампсія легкого ступеня, у 5 (20,8%) – гіпертензія під час вагітності.

Аналіз перебігу пологів обстежених жінок показав, що найбільш частим ускладненням були передчасний розрив плодових оболонок – у 3 (12,5%) жінок та передчасні пологи – в 16 (66,7%) випадках. При аналізі методів розродження в жінок з лейоміомою матки відзначається значний відсоток операції кесарева розтину – 11 (45,8%) жінки. Такий перебіг пологів пояснюється обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (пізній репродуктивний вік, безпліддя або звичне невиношування вагітності), великою частотою дисфункції плацентарного комплексу, розвитком прееклампсії.

В обстеженій групі не було жодного випадку втрат вагітності.

Підсумок. Причинами розвитку плацентарної дисфункції при лейоміомі матки є зниження кровотоку в плаценті та наявність в ній структурних змін, змінення співвідношення рівня гормонів плацентарного комплексу та вплив несприятливих факторів (інфекція, стрес, анемія та інші).

О.В.Супрунюк, И.Ш.Мамедова, Т.А.Жержова

**ЛЕЙОМИОМА МАТКИ.
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ (ГОРМОНАЛЬНЫЕ,
НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ)
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященные изучению лейомиомы матки, проблема до настоящего времени остается недостаточно изученной. Частота лейомиомы матки среди гинекологических заболеваний колеблется от 20 до 44%, занимая второе место в структуре гинекологической патологии после воспалительных заболеваний, а средний возраст женщин при выявлении миомы составляет $32,8 \pm 0,47$ лет (Тихомиров А.Л., 2008; Давыдов А.И., 2009).

По данным различных авторов, около 30% женщин подвергаются хирургическим вмешательствам на половых органах, причем первое место занимают операции по поводу лейомиомы матки (Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., 2005; Asimovic M., Jeremic K., 2008). Радикальное хирургическое лечение миомы матки сопряжено с множественными структурными нарушениями органов малого таза – изменяются топография тазовых органов, крово- и лимфоснабжение, иннервация. Многие годы после операции достаточно часто сохраняются персистирующий воспалительный процесс, спаечная болезнь, тазовые ганглионевриты.

В связи с развитием современных лечебных технологий и возрастающей потребностью женщин в решении репродуктивных проблем, органосохраняющее лечение лейомиомы матки становится одним из приоритетных направлений. Использование малоинвазивных и неинвазивных методов лечения на ранних этапах развития лейомиомы матки позволяет остановить развитие заболевания, привести к его регрессу и не допустить в дальнейшем нарушения репродуктивной и менструальной функции.

Цель работы. Изучить клинико-патогенетические аспекты лейомиомы тела матки, принципы ведения этого контингента больных, возможности органосохраняющей терапии и сохранения репродуктивной функции.

Материалы и методы. Согласно поставленным в работе задачам, на базе коммунального учреждения «Днепропетровская городская клиническая больница №9» ДООС в гинекологическом отделении № 1 был проведен анализ обследования и лечения 35 пациенток с лейомиомой тела матки.

Общее клиническое обследование проводилось до начала лечения, согласно приказов Министерства здравоохранения Украины № 620 от 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» и № 582 от 15.12.2003 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». В комплекс диагностических мероприятий были включены: общеклиническое, клинко-лабораторное и гинекологическое обследования, ультразвуковое исследование органов малого таза, фракционное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса с дальнейшим патогистологическим исследованием (ПГИ), осмотр профильных специалистов.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил $46,4 \pm 3,6$ лет. На момент поступления пациентки предъявляли следующие жалобы: на кровянистые выделения из половых путей – 23 (65,7%) женщины, на обильные и длительные менструации – 3 (8,6%), на

боли внизу живота – 4 (11,4%), на учащенное мочеиспускание – 1 (2,9%), не предъявляли жалоб – 4 (11,4%).

Избыточная масса тела наблюдалась у 7 (20%) пациенток, ожирение I степени – у 8 (22,9%), ожирение II степени – у 3 (8,6%), ожирение III степени – у 2 (5,7%), нормальная масса тела наблюдалась у 15 (42,9%) пациенток. Патология щитовидной железы отмечалась у 10 (28,6%) из 35 обследованных пациенток, из них у 2 (20%) наблюдался эутиреоз, у 8 (80%) – гипотиреоз. Все пациентки с патологией щитовидной железы состояли на диспансерном учете у эндокринолога. Гипертонической болезнью страдали 9 (25,7%) женщин.

По данным гинекологического анамнеза 1 медицинский аборт был у 5 (14,3%) женщин, 2 и более аборт были у 27 (77,1%) женщин, не имели абортов в анамнезе 2 (5,7%) пациентки. Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе были у 19 (54,3%) женщин. Осложненные роды (аномалии родовой деятельности, оперативное родоразрешение) были в анамнезе у 10 (28,6%) пациенток.

Семейный анамнез по лейомиоме матки был отягощен у 3 (8,6%) пациенток.

При изучении анамнеза заболевания выяснилось, что 13 (37,1%) женщин болели менее одного года, 22 (62,9%) – более одного года. 9 (25,7%) ранее госпитализировались по поводу метrorрагий и имели в анамнезе диагностическое фракционное выскабливание эндоцервикса и эндометрия.

При анализе структуры заболевания у 3 (8,6%) пациенток была диагностирована только лейомиома матки, у 8 (22,9%) она сочеталась с аденомиозом, у 18 (51,4%) – с гиперплазией эндометрия, у 3 (8,6%) – с функциональными кистами яичников, у 5 (14,3%) – с полипозом эндометрия, у 1 (2,9%) – с эндоцервикозом. Согласно данным ультразвукового исследования I тип лейомиомы отмечался у 21 (60%) женщины, II тип – у 13 (37,1%) пациенток, III тип – у 1 (3%), IV тип не встречался.

12 (34,3%) пациенток поступили для проведения оперативного лечения лейомиомы тела матки. Из них 3 (25%) пациенткам была проведена консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом, 9 (75%) пациенткам – консервативная миомэктомия открытым абдоминальным доступом. После проведения послеоперационного лечения все пациентки в удовлетворительном состоянии были своевременно выписаны из стационара.

В стационаре 23 (65,7%) пациенткам было проведено фракционное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса. Из них по данным ПГЗ было выявлено: простая неатипическая гиперплазия эндометрия – 17 (73,9%), железисто-фиброзный полип эндометрия – 5 (21,8%), атрофичный эндометрий – 1 (4,3%).

После проведенного обследования и оценки данных патолого-гистологического заключения 23 (65,7%) пациенткам было назначено консервативное лечение: негормональная симптоматическая терапия (гемостатики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, при необходимости - лечение анемии, воспалительных процессов гениталий) и гормональная терапия - 2 (8,7%) женщинам был назначен гозерелин по 3,6 мг подкожно 1 раз в 28 дней №3 с оценкой динамики регресса размеров миоматозного узла, 4 (17,4%) женщинам была установлена внутриматочная спираль с левоноргестрелом, 1 (4,3%) пациентке был назначен 17-оксипрогестерон капронат 12,5% по 2 мл 1-2 раза в неделю в течение 6 месяцев, 16 (69,6%) пациенткам был назначен дидрогестерон по 20 мг в сутки с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 месяцев.

Выводы

1. В исследуемой группе женщин с лейомиомой тела матки наблюдались следующие факторы риска развития заболевания: ожирение и избыточная масса тела – у 57,2% пациенток, патология щитовидной железы – у 28,6%, гипертоническая болезнь – у 25,7%, отягощенный гинекологический анамнез: аборты – у 94,3%, воспалительные заболевания органов малого таза – у 54,3%, осложненные роды – у 28,6% больных. Семейный анамнез по лейомиоме матки был отягощен у 3 (8,6%) пациенток.

2. Все женщины в исследуемой группе не имели противопоказаний к органосохраняющему лечению лейомиомы тела матки. 34,3% из них было показано проведение консерватив-

ной миомэктомии, 65,7% не имели показаний к оперативному лечению, в связи с чем им была назначена гормональная терапия с обязательным контролем в динамике изменения размеров миоматозных узлов и гистологическим контролем согласно приказов Министерства здравоохранения Украины № 620 от 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» и № 582 от 15.12.2003 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

3. В современной гинекологической практике преимущество предоставляется органосохраняющим методам лечения лейомиомы матки, что дает женщине возможность реализовать свою репродуктивную функцию. Вместе с тем, остается актуальным поиск новых оптимизированных путей лечения, новых малоинвазивных технологий, эффективных схем послеоперационной реабилитации и предгравидарной подготовки после органосохраняющих операций по поводу лейомиомы матки с целью улучшения репродуктивного потенциала женщин в Украине.

О.А.Фандеева, К.Д.Мамедова, А.С.Присвитлая, В.А.Кривой
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии

Значительный интерес представляет для акушеров изучение влияния родоразрешающих влагалищных операций на состояние новорожденного. С этой целью мы провели анализ выполнения операций вакуум-экстракции плода за 5 лет работы родильного дома 9ГКБ г.Днепропетровска (2007 -2011г.). Всего вакуум-экстракция плода выполнена в 45 родах (частота операции – 0,3% по отношению к общему числу родов). Показания к операции распределялись следующим образом: острый дистресс плода – 27 (60%); вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг) – 7(15,5%); гестозы с гипертензивным синдромом(преэклампсия) – 4 (9%); врожденные пороки сердца 3 (6,7%); патология зрения (миомия, атрофия сетчатки) 2 (4,4%); выраженное варикозное расширение вен, тромбофлебит вен бедра – 2 (4,4%).

Обращает на себя внимание, что два наиболее частых показания для выполнения вакуум-экстракции плода формируются непосредственно во II периоде родов и условно могут быть названы «ургентными» или «непредвиденными». Они обусловили три четверти всех выполненных операций. Остальные причины существовали до начала родовой деятельности и поэтому они могут условно считаться «предсказуемыми» основаниями для выполнения вакуум-экстракции плода. Альтернативой им могло бы явиться кесарево сечение в плановом порядке, что привело бы к незначительному увеличению частоты кесарева сечения и повышению риска тромбоэмболических осложнений в послеродовом периоде (врожденные пороки сердца, гестозы, патология венозной системы).

Распределение извлеченных плодов по массе было следующим: <2500 г – 1; 2500-3000г – 6; 3000-3500г – 18; 3500-4000г – 15; >4000 г – 5. Таким образом, частота крупных плодов составила 11,1%, что примерно соответствует доле крупных плодов в общей популяции (10%).

Оценка по шкале Апгар через 1 минут после рождения составляла: 3 балла – 1 (2,2%); 4 балла – 1 (2,2%); 5 баллов – 1 (2,2%); 6 баллов – 13 (29%); 7 баллов – 28 (62,2%); 8 баллов – 1(2,2%). Следовательно, частота тяжелой асфиксии новорожденного при рождении была 2,2%, а легкой – 33,3%, в удовлетворительном состоянии извлечены 29 плодов (64,4%), то есть почти 2/3. Оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения была следующей: 6 баллов 1 (2,2%); 7 баллов – 3 (6,7%); 8 баллов – 39 (86,7%); 9 баллов – 2 (4,4%).

Следовательно, признаки перенесенной асфиксии с благоприятной клинической динамикой были отмечены через 5 минут, лишь у 8,9% новорожденных, что свидетельствует об эффективной первичной помощи новорожденным в родильном зале.

Интересно отметить, что оценка по Апгар через 1 минут после рождения, больше отражающая внутриутробное состояние плода накануне рождения, чем оценка через 5 минут, кото-

рая отражает итог реанимационных мероприятий, у плодов с дистрессом (1-я подгруппа) и без него (2-я подгруппа) существенно отличалось. В 1-й подгруппе (27 новорожденных) она была $6,4 \pm 0,1$ бала, а во 2-й подгруппе (18 новорожденных) – $6,9 \pm 0,5$ бала ($p \leq 0,05$).

Несомненный интерес представляет оценка новорожденных после вакуум-экстракции в момент выписки из отделения новорожденных.

Диагноз перинатального гипоксического повреждения ПГП ЦНС легкой степени установлен 3 новорожденным (6,7%), у 7 детей отмечалась кефалогематома (15,5%). У 1 ребенка наблюдался перелом ключицы, вызванный затрудненным извлечением плечиков. Все три случая ПГП ЦНС новорожденных были отмечены после острого дистресса плода во II периоде родов.

Таким образом, частота диагноза ПГП ЦНС после острого дистресса плода во II периоде родов сопровождающегося его вакуум-экстракцией, составляла 11,1%, что представляется относительно приемлемым показателем по материалам литературы.

Таким образом, вакуум-экстракция плода является в настоящее время в большинстве своем ургентной операцией, сопровождающейся невысокими показателями травматизации плода. По мнению авторов, это обусловлено, во-первых, проведением интранатальной кардиотокографии в родах, что позволяет своевременно установить признаки дистресса плода и принять решение о наложении вакуум-экстрактора, во-вторых, удачным техническим исполнением используемой модели вакуум-экстрактора с гибкой и мягкой чашечкой, что обеспечивает минимальную травматизацию головки плода.

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

УДК 618.2:612.392.3

В.А.Сединкин¹, К.Н.Стесюк¹, Д.А.Хасхачих², Т.С.Стесюк²

НЕИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ ВОДНОГО БАЛАНСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹,
кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО¹,
КУ «Днепропетровская городская клиническая больница №9 «ДОС»²

Резюме. Цель исследования – изучение возможности и обоснование необходимости применения интегральной двухчастотной импедансометрии для объективизации оценки жидкостного состояния организма при беременности. Обследовано 60 женщин, разделенных в зависимости от наличия или отсутствия беременности на две группы. В основной группе (n=30) обследование проводили при поступлении женщины в родильное отделение для родоразрешения. Исследование водных пространств и секторов организма проводили интегральным двухчастотным импедансным методом с помощью монитора гемодинамики и гидратации тканей «Диамант-М». Результаты проведенного исследования показали, что при нормально протекающей беременности общий объем жидкости в организме к моменту родоразрешения увеличивается на 22,6%. При этом увеличение объема внеклеточной жидкости к концу III триместра беременности обусловлено увеличением объема интерстициальной жидкости на 32,3% ($p < 0,01$). Интегральная двухчастотная импедансометрия является достаточно простым, удобным и хорошо воспроизводимым методом, позволяющим быстро измерить и объективно оценить в динамике водные секторы организма беременной. На основании полученных данных разработка дифференцированного подхода к проведению инфузионной терапии у пациенток акушерского профиля повысит качество анестезиологического обеспечения родоразрешения и интенсивной терапии в интра- и послеродовом периодах.

Ключевые слова: неинвазивный мониторинг, импедансометрия, водные сектора организма, водный баланс, беременность.

Введение. Актуальной проблемой в интенсивной терапии больных акушерского профиля и при анестезиологическом обеспечении родов является своевременная диагностика нарушений водно-электролитного баланса и перераспределения жидкости между секторами. Существующие инвазивные методы измерения жидкостных сред организма обладают рядом недостатков, затрудняющих их применение, ограничивающих многократное использование и практически исключающих возможность непрерывного или достаточно частого измерения, особенно в тех случаях, когда речь идет об акушерской практике (Fuller H. D., 1991; Лебединский К. М., 2000). Избежать вышеперечисленных недостатков процедуры определения объемов жидкостных секторов всего организма позволяет метод двухчастотной биоимпедансометрии, основанный на использовании частотной зависимости электропроводности живых тканей (Николаев Д. В. и соавт., 2007).

Цель исследования – изучить возможность и обосновать необходимость применения интегральной двухчастотной импедансометрии для объективизации оценки жидкостного состояния организма при беременности.

Методы исследования. Исследования проводились в родильном отделении КУ «Днепропетровская городская клиническая больница №9» ДООС». В основной группе было обследовано 30 беременных женщин, поступивших в родильное отделение для родоразрешения со сроком беременности 38-41 недель (средний возраст – $25,2 \pm 1,3$ лет, масса тела – $72,5 \pm 2,8$ кг, рост – $164,6 \pm 1,6$ см). Критериями включения в исследование являлись: наличие письменного информированного согласия женщины на участие в исследовании, отсутствие клинико-лабораторных критериев преэклампсии, отсутствие сопутствующих хронических заболеваний в стадии декомпенсации, одноплодная беременность, физиологические роды. Контрольную группу составили 30 небеременных женщин (средний возраст – $24,1 \pm 0,8$ лет, масса тела – $57,5 \pm 2,4$ кг, рост – $165,7 \pm 0,9$ см). Исследования водных секторов проводили интегральным двухчастотным импедансным методом с помощью монитора гемодинамики и гидратации тканей «Диамант-М», совмещенного с портативным персональным компьютером. Определяли общий объем жидкости в организме (ООЖ), объемы внеклеточной (ОВнекЖ) и внутриклеточной жидкости (ОВнукЖ), крови (ОК), плазмы (ОП) и эритроцитарный объем (ЭО). Полученные результаты были обработаны с использованием пакета статистического анализа, входящего в состав лицензированной программы MS Excel.

Результаты исследования.

Анализ показал, что у небеременных женщин ООЖ составлял $27,49 \pm 0,37$ л (50,1% массы тела), ОВнекЖ – $9,24 \pm 0,14$ л (17,1% массы тела), ОВнукЖ – $18,25 \pm 0,25$ л (33,7% массы тела). В структуре внеклеточного пространства жидкость распределялась следующим образом: внутрисосудисто – $3,55 \pm 0,06$ л (6,54% массы тела), интерстициально – $5,69 \pm 0,09$ л (10,5% массы тела). В структуре внутрисосудистого сектора ОП составил $2,16 \pm 0,04$ л (3,98% массы тела), ЭО – $1,39 \pm 0,03$ л (2,56% массы тела), что соответствует показателям референтной нормы (Albert S.N., 1971).

К концу III триместра беременности ООЖ увеличивался до $33,69 \pm 0,82$ л, ОВнекЖ – до $12,23 \pm 0,38$ л, ОВнукЖ – до $21,41 \pm 0,54$ л. При этом в структуре внеклеточного пространства жидкость распределялась следующим образом: внутрисосудисто – $4,70 \pm 0,15$ л, интерстициально – $7,53 \pm 0,05$ л. В структуре внутрисосудистого сектора ОП составил $2,86 \pm 0,11$ л, ЭО – $1,84 \pm 0,07$ л.

Сравнительный анализ изменений в структуре водных пространств и секторов организма показал, что на фоне нормально протекающей беременности ООЖ к концу III триместра увеличивался на $6,2 \pm 0,46$ л или 22,6% ($p < 0,01$). Наибольший прирост жидкости – на $2,99 \pm 0,17$ л или на 32,5% ($p < 0,01$) от нормы наблюдался во внеклеточном пространстве за счет практически равномерного увеличения как внутрисосудистого сектора – $1,84 \pm 0,17$ л или на 32,4% ($p < 0,01$), так и интерстициального сектора – на $1,15 \pm 0,11$ л или на 32,3% ($p < 0,01$). Это свидетельствовало о том, что к моменту родов при нормально протекающей беременности на фоне преимущественного роста ОЦК формируется интерстициальная гипергидратация. Неадекватная инфузионная терапия в сторону гипертрансфузии у беременных, рожениц и родильниц является причиной развития интерстициальной легочной гипергидратации, которая быстро приводит к развитию ятрогенного отека легких. При возникновении же критических состояний в перипартальном периоде (кровотечения, преэклампсия, сепсис) в связи с повреждением эндотелия и резким увеличением его проницаемости интерстициальная гипергидратация за короткий срок приобретает генерализованный характер, что ухудшает прогноз и сроки проводимой интенсивной терапии (Галушка С.В. и соавт., 2007).

Одновременно отмечено увеличение объема циркулирующей крови на $1,15 \pm 0,11$ л или на 32,4 % ($p < 0,01$) от нормы. Прирост жидкости происходил преимущественно за счет увеличения объема плазмы – на $0,7 \pm 0,09$ л при относительно стабильном объеме эритроцитарной массы.

Увеличение внутриклеточного сектора жидкости на $3,16 \pm 0,38$ л или на 17,3% ($p < 0,01$) от нормы свидетельствовало о формировании к моменту родов внутриклеточного отека и угрозы быстрого развития тканевой гипоксии при возникновении критических ситуаций.

Выводы

1. Интегральная двухчастотная импедансометрия является достаточно простым, удобным и хорошо воспроизводимым методом, позволяющим быстро измерить и объективно оценить в динамике водные секторы организма беременной.
2. На основании полученных данных разработка дифференцированного подхода к проведению инфузионной терапии у пациенток акушерского профиля повысит качество анестезиологического обеспечения родоразрешения и интенсивной терапии в интра- и послеродовом периодах.

Литературные источники

- Галушка С. В. Водно-секторальные нарушения у родильниц с преэклампсией / С. В. Галушка, Б. Ф. Назаров, Е. М. Шифман // Общая реаниматология. - 2007. - № 4. - С.47-50.
- Лебединский К. М. Анестезия и системная гемодинамика / К. М. Лебединский. – СПб : «Человек», 2000. – 200 с.
- Николаев Д. В. Применения биоимпедансного анализа у пациентов в критических состояниях / Д. В. Николаев, С. Г. Руднев, С. В. Свиридов // Сб. докл. XV междунар. конф. «Новые информационные технологии в медицине, фармакологии, биологии и экологии» : [31 мая-9 июня 2007]. - Ялта, 2007. - С. 272–274.
- Albert S. N. Blood volume and extracellular fluid volume / S. N. Albert. – Springfield : Charles and Thomas Publisher, 1971. - 290 p.
- Fuller H. D. The electrical impedance of plasma: a laboratory simulation of the effect of changes in chemistry / H. D. Fuller // Ann. Biomed. Eng. - 1991. - Vol. 19. - P. 123-129.

Седінкін В.А., Стесюк К.М., Хасхачих Д.А., Стесюк Т.С. Неінвазивний моніторинг водного балансу при вагітності.

Резюме. Метою дослідження було дослідження можливості та обґрунтування необхідності використання інтегральної двочастотної імпедансометрії для об'єктивізації оцінки рідинного стану організму при вагітності. Обстежено 60 жінок, розподілених в залежності від наявності або відсутності вагітності на дві групи. В основній групі (n=30) обстеження проводили при поступленні жінок в пологове відділення для розродження. Дослідження водних просторів та секторів організму проводили інтегральним двогодинним імпедансним методом монітором гемодинаміки та гідратації тканин «Діамант-М». Результати проведеного дослідження показали, що при нормальній вагітності загальний об'єм рідини в організмі до моменту пологів збільшується на 22,6%. При цьому збільшення об'єму позаклітинної рідини наприкінці III триместру вагітності обумовлено збільшенням об'єму інтерстиціальної рідини на 32,3% (p<0,01). Інтегральна двочастотна імпедансометрія є досить простим, зручним і добре відтворюваним методом, що дозволяє швидко зміряти та об'єктивно оцінити у динаміці водні сектори організму вагітної. На тлі отриманих даних розробка диференційного підходу к проведенню інфузійної терапії у пацієнток акушерського профілю підвищить якість анестезіологічного забезпечення розродження та інтенсивної терапії в інтра- та післяпологовому періодах.

Ключові слова: неінвазивний моніторинг, імпедансометрія, водні сектори організму, водний баланс, вагітність.

А.А.Баранова

СОСТОЯНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Цель исследования. Определить значения показателей состояния нейрогуморальных систем в дооперационном периоде и их влияние на гемодинамику у детей различного возраста с патологией опорно-двигательного.

Материалы и методы. У 122 больных детского возраста проведено комплексное исследование функционального состояния симпатoadреналовой (САС), гистаминреактивной (ГРС), серотонинэргической (СЭС), калликреин-кининовой (ККС) и сердечно-сосудистой (ССС) систем. Исследования проведены на этапе госпитализации в стационар. Сопутствующей патологии со стороны жизненно важных систем организма не выявлено. В зависимости от возраста дети были распределены на 2 группы: I гр. – дети 4-7 лет (n=47); II гр. – дети 8-15 лет (n=75); Предварительно была проведена клиническая оценка психологической реакции детей на поступление в стационар. Активность САС определялась по количеству экскретируемых катехоламинов с мочой в биологической цепи их синтеза и метаболизма. Активность энтерохромаффинной системы – по экскреции серотонина (С) и его метаболита 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК), ГРС – экскреции гистамина и его предшественника (гистидина), калликреин-кининовой системы (ККС) – по уровню прекалликреина (ПК) и ингибитора калликреина (ИК). Достоверность результатов оценивалась путём расчета критерия Стьюдента (t), при котором $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Дети младшего возраста чаще всего отрицательно относились к госпитализации, становились беспокойными трудно и продолжительно адаптировались. Тогда как дети подросткового возраста, ощущая свои физические недостатки, болезненно реагировали на имеющиеся в них увечья, но предстоящая операция вселяла у них надежду на выздоровление. У детей 4-7 лет при поступлении в стационар, выявлены изменения со стороны САС: увеличилась экскреция адреналина (А) на 28,4%, норадреналина (НА) снизилась на 16,4%; соотношение А/НА увеличилось на 52,8%. При этом уменьшилась экскреция дофамина (ДА), диоксифенилаланина (ДОФА), тирозина (Т) на 29,1%, 15,7%, 7,3% соответственно. Так же наблюдалось увеличение соотношения ванилинминдальная кислота (ВМК)/А+НА на 102,3%, что было расценено, как активация процессов метаболизма катехоламинов и рассматривалось как защитно-приспособительный механизм. У детей старшего возраста при поступлении в стационар уменьшилось количество выводимых с мочой фенилаланина (Ф) на 9,8%, Т (на 7,8%), ДОФА (40,9%), ДА (30,7%), НА (на 23%), ВМК (44%). Увеличились по сравнению с величинами у здоровых детей соотношения Т/Ф (на 2,3%), ДА/ДОФА (16,5%), НА/ДА (14,6%) При изучении ККС выявлены однонаправленные изменения её компонентов у детей обеих возрастных групп. Суммарная эстеразная активность (СЭА) увеличилась на 10,3% в 1-й и на 5,4% во 2-й группах; содержание прекалликреина (ПК) снизилось соответственно на 3,1% и 11,6%, увеличилось соотношение СЭА/ПК на 22,2% у младших и 18,2% у старших детей. Изменения в функциональном состоянии СЭС и ГРС проявлялись в следующем: у младших детей увеличилась экскреция С на 2,9%, 5-ОИУК (на 433,3%); уровень выделяемых гистидина и гистамина снижался на 10,9% и 2,9%. В старшей группе изменения были аналогичны, но менее выраженными. Коэффициент С/5-ОИУК уменьшился в обеих группах на 81%. Наблюдалось нерезкое возрастание соотношения Г/С. ($p < 0,05$). При изучении корреляционных взаимоотношений были выявлены особенности. Так в 1-й группе формировались умеренные положительные связи А – МОС, А – П (пульс) и отрицательная А – ОПС. Обнаруживалась прямая связь С – МОС и обратная С – ОПС. Во 2-й группе определялась заметная положительная корреляционная зависимость между уровнем НА, ПК и ингибитором калликреина (ИК); заметная положи-

тельная связь НА – ОПС, умеренная отрицательная ПК – П; умеренная прямая ИК – ОПС и заметная обратная ИК – П.

Выводы

1. В 1-й группе реакция на госпитализацию реализовалась относительно за счёт преобладания гормонального звена САС. Во 2-й группе наблюдалось снижение активности САС, что можно объяснить снижением энергетических затрат детского организма в условиях стационара.

2. У детей обеих возрастных групп наблюдались активация кининогенеза и повышенная утилизация серотонина.

3. Развивающаяся сбалансированность вегетативных функций обеспечивала мобилизацию защитных сил организма перед предстоящей экстремальной ситуацией – «стресс-ожидание стресса».

Е.Ю.Барсукова, О.Ю.Мурызина

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Противопоказаниями к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе определены: длительность пароксизма фибрилляции предсердий (ФП) более двух дней; доказанная дилатация левого предсердия; наличие тромбов в предсердиях или тромбоэмболических осложнений в анамнезе; развитие пароксизма на фоне острого коронарного синдрома (при наличии стабильной гемодинамики); развитие пароксизма на фоне выраженных электролитных нарушений; декомпенсация тиреотоксикоза. При отказе от восстановления синусового ритма необходимо поддержание ЧСС в пределах 60-90 ударов в минуту. Дальнейшая тактика определяется в стационаре.

Цель работы. Улучшить результаты лечения гемодинамически нестабильных пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции и трепетания предсердий на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Представлены результаты проспективного исследования неотложного лечения 24 пациентов с персистирующей формой ФП (код по МКБ-10 I48). На догоспитальном этапе проведен диагностический поиск и комплекс мероприятий интенсивной терапии по алгоритмам «Мерцательная аритмия», «Экстрасистолическая аритмия», «Пароксизмальная тахикардия с узкими комплексами», «Острый коронарный синдром» согласно «Временным стандартам оказания неотложной медицинской помощи при неотложных состояниях», Приказ МОЗ Украины №24 от 17.01.2005 года.

Методы исследования. Сбор жалоб и анамнестических данных (время начала приступа, впервые или повторно возникший приступ, медикация до приезда бригады СМП) проводились в течение 1,5-3 минут. Физикальное обследование (оценка общего состояния, осмотр, исследование пульса: его характеристика, подсчет ЧСС в течение 60с при одновременной аускультации сердца для определения дефицита пульса, измерение артериального давления (АД)) – до 3 минут. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях проводилась в течение 3 минут аппаратом «МІДАС ЕК – 11», что определяло выбор соответствующего клинического протокола. Всем пациентам осуществлялась катетеризация периферической вены.

Критерии включения: пациенты с тахисистолической формой пароксизма ФП, возраст старше 40 лет.

Критерии исключения из исследования: пациенты с постоянной формой ФП, пароксизмальная форма ФП длительностью более 48 часов, кардиогенный шок, фатальные нарушения ритма, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью лицензированной программы Excel 2010, данные представлены в форме: медиана, минимальное и максимальное значение.

Время исследования: октябрь 2012 – апрель 2013 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов $66 \pm 4,4$ лет, из них мужчин - 9 (37,5%), женщин – 15 (62,5%). У всех пациентов отмечалось очень быстрое развитие нарушения ритма. В зависимости от клинических показателей гемодинамики определились следующие группы больных.

I группа – 15 наблюдений (62,5%): возраст пациентов $64 \pm 4,0$ года. Нарушение ритма по типу ФП развилось на фоне гипертензивного криза: систолическое артериальное давление (САД) составляло 200 (170 – 240) мм. рт. ст., диастолическое (ДАД) – 110 (100 – 120) мм. рт. ст. У 11 (73%) пациентов терапия начата с в/в введения прокаинамида (10% – 5,0 мл) в сочетании с фенилэфрином (0,2% – 0,2-0,3 мл), разведенными в 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида. Синусовый ритм восстановлен у 7 (64%) пациентов: улучшилось общее самочувствие, отмечалось снижение ЧСС до 80 (68–88) уд. в мин, САД – до 140 (120-150) мм рт.ст., ДАД – до 80 (70-90) мм рт.ст. У 4 (36%) пациентов синусовый ритм удалось восстановить после дополнительного введения амиодарона (300 мг в 200 мл 5% раствора глюкозы).

У 4 (26%) пациентов этой группы гипертензивный криз осложнился острым коронарным синдромом (ОКС) и пароксизмом ФП. Первоначально выполнена программа неотложных действий по клиническому протоколу «Острый коронарный синдром»; достигнуто снижение САД до 140 (120-160) мм. рт. ст., ДАД – до 80 (60-90) мм. рт. ст., контроль сердечного ритма ЧСС – 88 (81-92).

II группа – 9 наблюдений (37,5%), возраст пациентов $72 \pm 2,2$ года. Нарушение ритма сопровождалось условно нормальными и сниженными цифрами АД: САД - 120 (95-130) мм.рт. ст., ДАД – 70 (55-100) мм. рт. ст.

В этой группе у 5 (55,6%) пациентов диагностирован ОКС, из них у 3 человек – без элевации сегмента ST, тяжесть острой сердечной недостаточности (ОСН) по классификации Killip I класса. У 2 пациентов развился обширный трансмуральный острый инфаркт миокарда (ОИМ), тяжесть ОСН – Killip II класс. У этих пациентов, как и у пациентов с ОКС в первой группе, первоначальная лечебная программа выполнена по протоколу «Острый коронарный синдром». Антиаритмическая терапия пароксизма ФП проведена амиодароном (300 мг). Синусовый ритм восстановлен у 3 пациентов, у 2 – достигнут контроль ЧСС – 88 (80-96) ударов в мин., на ЭКГ регистрировались полиморфные экстрасистолы.

У 4 (44,4%) пациентов пароксизм ФП на фоне исходной хронической сердечной недостаточности. Антиаритмическая терапия проведена амиодароном (300 мг). Пароксизм купирован.

18 (75%) пациентов госпитализированы в специализированный стационар. Транспортировка проводилась в горизонтальном положении с приподнятым головным концом. Пациентам с пароксизмом ФП, сопровождавшимся развитием острой левожелудочковой недостаточности, после купирования пароксизма и стабилизации гемодинамики, была обоснована отсроченная госпитализация через 6 часов посредством активного вызова.

Средняя продолжительность вызова в I группе – 55 (35-120) минут, во II – 90 (80-140) минут. У пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение 3 часов от начала пароксизма, ответ на проводимую терапию был значительно лучше: синусовый ритм восстановлен в 95% случаев, время, затраченное на восстановление ритма - 15 (10-25) минут. При затянувшемся эпизоде восстановить синусовый ритм удалось в 75% случаев, затраченное время увеличилось до 40 (30-55) минут.

Выводы

1. Пациенты с развившимися суправентрикулярными аритмиями составляют неоднородную по своей этиологии группу больных.
2. Выбор клинического протокола действий осуществляется после регламентированной по времени и объёму диагностической программы.
3. Антиаритмическая терапия проводится по избранному клиническому протоколу с учётом противопоказаний к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе.

4. Действия, регламентированные соответствующими клиническими протоколами, позволяют бригадам СМП на догоспитальном этапе стабилизировать состояние пациентов, уменьшить тяжесть клинических проявлений пароксизмальных суправентрикулярных аритмий, провести транспортировку в стационар.

З.В.Безсмертная, О.Е.Варун, Е.В.Шапка

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАННИЙ ПОСЛЕНАРКОЗНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ И УРГЕНТНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Актуальность. В последние годы в связи с развитием системы здравоохранения, новых возможностей для оказания хирургической помощи, усовершенствования методов диагностики, ростом потока пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, уделяется много внимания вопросу качественного оказания анестезиологического пособия и адекватного восстановления пациента после проведенной анестезии.

Ранний послеоперационный период является одним из важнейших этапов для врача анестезиолога, так как в это время возможно возникновение жизнеугрожающих осложнений. После завершения операции действие факторов операционного стресса не заканчивается, поэтому необходимо осуществление систематического наблюдения за состоянием больного. Однако в большинстве хирургических стационаров нашей страны служба наблюдения за больными в стадии постнаркозного восстановления практически отсутствует. Основная масса больных, как правило, транспортируется непосредственно в профильные отделения, что увеличивает риск постнаркозных осложнений, особенно у больных с сопутствующими заболеваниями. Большое количество оперативных вмешательств в детской хирургии представляют операции малой продолжительности и травматичности. В большинстве случаев после таких операций больной просыпается на операционном столе, тотчас после окончания операции. Однако, пробуждение в этот момент означает не более чем установление контакта с окружающим миром и появление способности реагировать на болевые раздражения. Такое состояние не может соответствовать полному пробуждению от наркоза, так как еще в течение более или менее длительного периода времени наблюдается депрессия центральной нервной системы, и могут возникнуть различные осложнения.

Цель работы. Изучить особенности восстановления показателей жизнеобеспечения в ранний посленаркозный период после плановых и ургентных хирургических вмешательств у детей.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2012 гг. на базе КЗ «ОДКБ»ДОР» г.Днепропетровска проводилось исследование, в котором принимали участие 40 детей от 3х месяцев до 15 лет, средний возраст которых составлял 5,5 лет. Дети были разделены на две группы по 20 человек в каждой. Первой группе детей проводились плановые хирургические вмешательства под общим обезболиванием (внутривенная, ингаляционная, комбинированная анестезии). Второй группе детей – ургентные хирургические вмешательства под общим обезболиванием (внутривенная, внутривенная с ИВЛ). Продолжительность анестезии во всех группах составила $25 \pm 7,0$ мин. После анестезии проводилась оценка параметров сатурации, частоты сердечных сокращений и дыхания сразу после транспортировки в палату посленаркозного наблюдения, через 5мин, 15мин, 25мин, 35мин, 45мин, 1час, 1,5 часа и 2 часа с помощью монитора «ЮТАС-300» и физикальных методов исследования.

Результаты исследования. В первой группе падение показателей сатурации до 83-94% наблюдалось у 45% (9 детей). Среднее значение сатурации у этих детей составляло – 91%. При этом сразу при переводе в палату отмечалось 5 случаев падения сатурации, через 5 мин – 2,

15мин – 4, 25мин – 1, 35мин – 2, 45мин – 2, 1час – 1, 1,5часа – 2. Относительно показателей частоты сердечных сокращений и частоты дыханий, легкое брадипное отмечалось у двоих детей, умеренное брадипное у пяти, умеренная брадикардия с умеренным тахипное у одного ребенка и легкая тахикардия с умеренным брадипное у одного ребенка. У остальных детей показатели ЧСС и ЧД были в норме.

Во второй группе падение сатурации до 89-94% наблюдалось у 50% (10 детей). Среднее значение сатурации у этих детей составляло – 92,9%. При этом сразу при переводе в палату отмечалось 7 случаев падения сатурации, через 5 мин – 4, 15 мин – 4, 25 мин – 6, 35 мин – 1, 45 мин – 4, 1час – 1. Относительно показателей частоты сердечных сокращений и частоты дыханий, легкое брадипное отмечалось у восьми детей, легкая брадикардия у одного ребенка. У остальных детей в группе показатели ЧСС и ЧД были в норме.

Таким образом, в двух исследуемых группах нет существенных отличий в показателях. Анализируя средние значения сатурации, было установлено, что наибольшее снижение сатурации в обеих группах наступало на 35-40 минуте (рис. 1).



Рис. 1. Динамика показателя SpO₂ у дітей в ранній післянаркозний період.

Заключення. Після планових і ургентних хірургічних втручаннях в ранній післянаркозний період (до 2-х годин) діти повинні знаходитися в спеціально обладнаних палатах післянаркозного забезпечення з можливістю кардіореспіраторного моніторингу і при необхідності корекції виниклих порушень в присутності спеціально обученого медичного персоналу.

Літературні джерела

Бунятян А. А. Перспективи застосування пульсової оксиметрії в анестезіології і реаніматології / Бунятян А. А. , Шитиков І. І., Флеров Е. В. // Анестезіол. і реаніматол. – 1991. - № 1. - С. 3-7.

Денлінгер Дж. Довгий вихід з анестезії і затримане відновлення свідомості. Осложнения при анестезии [пер. с англ.] / Дж. Денлингер. - М. : Медицина, 1985. - С. 357-372.

Жданов Г. Г. Період пробудження після різних видів анестезії у дітей / Жданов Г. Г. , Мушкін В. В. , Бабицький С. П. // Матеріали Російського конгресу «Педіатрична анестезіологія, реанімація і інтенсивна терапія». - [24-26 вересня 2001]. – М. - С. 115-116.

Раннее постнаркозное восстановление / Салтанов А.И., Давыдов М.И., Кадырова Э.Г., Бошкоев Ж.Б. – М. : ВИТАР-М, 2000. – 127 с.

А.В.Болонская, А.Н.Ярош, Ю.В.Ешкова, В.В.Скляр

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Актуальность. За прошедшие пятьдесят лет в терапии новорожденных произошёл огромный прогресс: увеличилась выживаемость, уменьшилась заболеваемость, появились новые методы выхаживания и лечения доношенных и недоношенных детей. Однако смертность от сепсиса новорожденных в этой группе младенцев оставалась между 18-20 % в развитых и приблизительно 80 % в развивающихся странах в течение прошлых трех десятилетий с небольшой тенденцией к снижению. Неонатальный сепсис можно разделить на сепсис с ранним (EOS) и поздним (LOS) началом. У новорожденных с ранним сепсисом манифестация заболевания в 85% случаев развивается в первые 24 часа жизни, в 5 % - в первые 24-48 часов, и небольшой процент в течение 48-72 часов; чаще и быстрее проявляется у недоношенных детей. Возможно их инфицирование во время прохождения через родовой тракт, при условии, что у матери есть колонизация родовых путей, например, на фоне урогенитальной инфекции. Исследования по эпидемиологии возбудителей говорит о снижении частоты встречаемости стрептококка группы В при этой патологии. Сепсис с поздним началом развивается после 72 часов жизни. Fischer очень изящно продемонстрировал, что несмотря на способность опытных клиницистов диагностировать сепсис, тем не менее возле постели больного нет достаточной уверенности в диагнозе, которая часто находится под влиянием наличия или отсутствия факторов риска развития сепсиса, нехватки специфических клинических признаков и симптомов, противоречий в патофизиологии и кардинальной нехватки очень чувствительных и специфических лабораторных тестов.

Цель работы. Изучить особенности течения сепсиса у новорожденных детей разного срока гестации.

Материалы и методы. Был использован метод ретроспективного контрольного исследования. Исследование проводилось на базе блока анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных КЗ «ОДКБ» ДОР» г. Днепропетровска в период с февраля по декабрь 2012 среди 23 новорожденных. Средний гестационный возраст среди недоношенных детей составлял $30 \pm 3,1$ недели, а среди доношенных – $39 \pm 1,3$ недели. Сепсис определялся как наличие двух или больше клинических признаков плюс один или несколько лабораторных параметров, описанных ниже, вне зависимости от того, положителен посев крови или нет:

- Наличие тахипноэ (частота дыхания > 60 bpm) плюс хрюканье/ретракция или десатурация.
- Температурная неустойчивость ($< 36^{\circ}\text{C}$ или $> 37,9^{\circ}\text{C}$)
- Время заполнения капилляров > 3 секунд
- Количество лейкоцитов ($< 4000 \times 10^9/\text{L}$ или $> 34\,000 \times 10^9/\text{L}$)
- С-реактивный белок (CRP) > 10 мг/дл
- IL-6 или IL-8 > 70 пг/мл
- 16SrRNA ген PCR: положительный

Определение прокальцитонина (PCT) плазмы крови у новорожденных малоинформативен в первые 24-48 часов жизни, из-за постнатального подъёма эндогенного PCT после рождения с достижением максимума на 24 час постнатального возраста. Измерения CRP более полезны в определении эффективности и продолжительности антибиотикотерапии вместо его использования для диагностики сепсиса.

Диагноз острая почечная недостаточность (ОПН) устанавливался при уровне азота мочевины более 4,2 ммоль/л в двух последовательных исследованиях не менее чем с интервалом в 24 часа. Олигоурия определялась, как снижение диуреза менее 1 мл/кг/час с 3 суток жизни новорожденного, поскольку первые 48 часов жизни у новорожденного ребенка отмечается физиологическое транзитное снижение диуреза. Было выполнено УЗИ почек и мочевыводящих путей с целью исключения аномалий их развития.

Статистический анализ в связи с малым объемом выборки был проведен с помощью t-критерия Стьюдента с однонаправленным распределением и теста Уитни-Манна.

Результаты и обсуждение. Согласно результатов полученных данных- 6 из 11 недоношенных (54%) и 8 из 13 доношенных новорожденных переносили сепсис с ранним началом. Результаты бактериального посева крови во всех случаях были отрицательными, это часто происходит из-за недостаточного объема крови, введенного в бутылку с питательной средой или неправильной обработки анализа, но возможно самая важная причина состоит в том, что бактериемия часто является преходящей или неустойчивой. Бактериологическое исследование мочи из-за трудностей со сбором чистых образцов и риска, связанного с катетеризацией или надлобковой аспирацией, не проводилось. Кроме того, посев мочи мало эффективен для диагностики раннего сепсиса, но более информативен для позднего. Учитывая, что все дети исследуемых групп находились на ИВЛ, мы провели оценку бактериологических посевов мокроты из трахеи, результаты которых были получены через 48-72 часа после поступления детей в стационар. У доношенных детей в 100% случаев отмечались положительные результаты посевов, у недоношенных в 56% случаев. В большинстве случаев сепсиса с ранним началом был выявлен в посевах мокроты *St. epidermidis*, при сепсисе с поздним началом – *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella pneumoniae*. Также отмечено, что уровень CRP у недоношенных детей имеет тенденцию к «запаздыванию» в ответ на воспаление. CRP увеличивался поздно, с задержкой на 12-24 часа, что объясняет низкую чувствительность данного теста при сепсисе с ранним началом.

Наряду с признаками респираторной и сердечной недостаточности 9 из 23 детей (26%) страдали ОПН; из них 6 из группы недоношенных (50%) и 3 из группы доношенных (27%), у 66% отмечалась олигоурия в среднем на 3-4 сутки жизни. Сравнение двух групп детей показало, что у доношенных течение ОПН более очевидно (отечный синдром с олигоурией в 100%). В группе недоношенных ОПН лишь в 45% сопровождалась олигоурией. Эта особенность заставляет задуматься над тактикой ведения таких больных, потому что незрелость структуры нефрона недоношенных детей опосредует «молниеносное» повреждение клубочкового фильтра. ОПН развивалась в среднем на 3 ± 2 день после установленного диагноза неонатального сепсиса.

Заключение. Сепсис у новорожденных – это жизнеугрожающее состояние, которое сопровождается поражением многих систем органов. Диагностические тесты в целом, кроме ПЦР, имеют слабую или неопределенную точность, а также не везде доступны. Ни один из них не достигает желательной объективности, будучи быстрым, чувствительным, и специфическим. К сожалению, обычно ПЦР во многих учреждениях не является доступным. Поэтому клиники обязаны получить прагматическое представление, как использовать обычно доступные тесты индивидуально или, как делает большинство, используя их комбинацию, помогающую в диагностике и мониторинге сепсиса. Диагностика и лечение сепсиса у новорожденных требует разработки дифференцированных подходов у детей разного гестационного возраста и во многом зависит от типа сепсиса.

А.О.Бочаров

ПРОКАЛЬЦИТОНИН – УПРАВЛЯЕМАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ЭСКАЛАЦИЯ/ДЕЭСКАЛАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ СЕПСИСЕ И СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Цель исследования. Оценить целесообразность применения прокальцитонин-управляемой антимикробной эскалации/деэскалации при тяжелом сепсисе и септическом шоке.

Прокальцитонин (PCT) впервые был выделен в качестве маркера медуллярного рака щитовидной железы и мелкоклеточной карциномы легких. PCT - 116-аминокислотный полипептид с молекулярной массой 13000 D, предшественник гормона кальцитонина, синтезируется С-клетками щитовидной железы из препрокальцитонина. В результате специфического внутриклеточного протеолиза образуется кальцитонин, катакальцин и N-концевая группа. Весь PCT метаболизируется указанным образом и не поступает в кровоток, поэтому уровень PCT у здорового человека очень низок – менее 0,5 нг/мл. Период полужизни PCT в плазме крови составляет 22-35 часов.

Выделяют следующие патофизиологические аспекты регуляции синтеза PCT.

1. Главным и наиболее сильным стимулятором продукции и выхода PCT в системный кровоток являются бактериальные тела и эндотоксины. Так, M.Oberhoffer et al. установлено, что *Escherichia coli* B4, *Salmonella abortus equi* и провоспалительные цитокины стимулируют экспрессию м-РНК PCT и вызывают увеличение внутриклеточного содержания PCT.

2. Увеличение концентрации PCT наступает через короткое время после пикового повышения уровня цитокинов. Объясняют эту закономерность отличиями в периодах полужизни PCT и провоспалительных цитокинов.

3. С-клетки щитовидной железы не единственный продуцент PCT. Нейроэндокринные клетки, продуцирующие PCT, обнаружены в легких, кишечнике, печени.

По данным M. Wolff et al. (2010), при воспалении в ответ на инфекционный стимул, происходит локальная продукция PCT и, поскольку эти ткани не могут дальше превращать PCT в кальцитонин, концентрация PCT возрастает. В клинических ситуациях концентрация PCT отражает появление новых инфекционных агентов, их тяжесть, эффективность терапии, особенно антибиотикотерапии (АБТ), и используется для установки диагноза - «сепсис». Терапия, управляемая по прокальцитонину (PCT – guided therapy) позволяет снизить продолжительность АБТ; оптимизировать ее; определить индивидуальный риск летальности при сепсисе.

В то же время J.Jensen et al. (2011) использовали прокальцитонин - управляемую стратегию АБТ с реэскалацией АБТ под контролем PCT (The Procalcitonin And Survival Study – PASS) у 1200 пациентов с сепсисом. К сожалению, данная стратегия не улучшала выживаемость и не снижала длительность пребывания в ОИТ.

J.Guan et al. (2011) выдвинули гипотезу, согласно которой динамическое изменение PCT, а не непосредственная концентрация, является предиктором эффективности АБТ и стационарного выживания в тех случаях, когда его величина превышает 10 ng/ml. Концентрация PCT чрезвычайно тесно коррелирует с оценкой по SOFA у пациентов с септическим шоком.

J.U.Jensen et al (2011) было проведено открытое рандомизированное контролируемое исследование у 1200 критических пациентов по прокальцитонин-управляемой антимикробной терапии при тяжелом сепсисе и септическом шоке, авторы не рекомендуют применять эту стратегию, так как она не улучшила выживаемость пациентов.

В тоже время по данным N.Layios et al. (2012), уровень PCT > 1 ng/ml является сигналом для начала АБТ у больных с бактериальной инфекцией.

Т.А.Буряк

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

КУ «Днепропетровская городская клиническая больница №2» ДОО

Цель исследования. Изучить возможные причины развития делирия у больных в остром периоде ожоговой болезни.

Материалы и методы.

Было обследовано 33 пациента в остром периоде ожоговой болезни. В исследование были включены пациенты с тяжелой ожоговой болезнью (средний индекс тяжести поражения составил 118 ± 51.96 единиц, средняя площадь ожоговой поверхности $41.67 \pm 14.89\%$, площадь глубокого ожога $13.55 \pm 1.98\%$). Из 33 человек - 9 (27, 3%) женщин и 24 (72, 7%) мужчины. Средний возраст пациентов составил $37,27 \pm 10.73$ лет. Из исследования были исключены пациенты младше 18 и старше 60 лет, а также лица с предшествующей психо-неврологической патологией.

Оценка наличия делирия проводилась согласно Алгоритма диагностики делирия CAM-ICU (Confusion assessment method in intensive care unit) (включающий оценку внимания, сознания, мышления) (Ely E.W. et al., 2001) и Контрольного листа диагностики делирия в реанимации (ICDSC) (учитывающий уровень, сознания, внимания, мышления, нарушение сна, а так же наличие галлюцинаций, психомоторного возбуждения, дезориентации) (Bergeron N., et al., 2001). Сумма баллов ≥ 4 свидетельствовало о наличии у пациента делирия. Оба метода – CAM-ICU и ICDSC – показали свою валидность при использовании у реанимационных пациентов (Delvin J. W. et al., 2007), а также достаточную чувствительность и специфичность для того, чтобы Американское Общество Критической Медицины рекомендовало их для рутинного использования у этой категории больных с целью диагностики делирия (Jacobi J. et al., 2002; Ely E.W. et al., 2004). Уровень сознания оценивался по Ричмондской шкале ажитации и седации (RASS).

Результаты и их обсуждение.

Делирий был диагностирован у 6 (18,19%) пациентов. (уровень сознания по RASS составил от +4 до 0, т.е. пациенты могли быть оценены на предмет наличия делирия). У всех пациентов начало делирия приходилось на 1-3 сутки (период ожогового шока), с максимумом развития на 3-4 сутки (период выхода из ожогового шока). Средняя продолжительность составила $4,17 \pm 1,72$ суток.

По данным корреляционного анализа развитие делирия не зависело от пола ($R=0,3005$, $p=0,223$), возраста ($R=0,0173$, $p=0,0925$), процента общего ожога ($R=0,2215$, $p=0,223$), и процента глубокого ожога ($R=0,2215$, $p=0,345$), однако выявлена достоверная корреляция между индексом тяжести поражения и развитием делирия у пациента. ($R=0,3873$, $p=0,029$).

В 1 сутки развитие делирия коррелировало с уровнем креатинина ($R=0,5226$, $p=0,031$), на 3 и 7 сутки недостоверно коррелировало с уровнем АСТ ($R=0,40$, $p=0,1$) и ($R=0,6550$, $p=0,056$) соответственно и уровнем АЛТ на 3 сутки ($R=0,433$, $p=0,13$).

Выявлена зависимость между длительностью делирия и степенью сдвига лейкоцитарной формулы влево. Так, в первые сутки выявлена связь развития делирия с количеством палочко-ядерных нейтрофилов ($R=0,8296$, $p=0,082$), на третьи сутки с количеством юных нейтрофилов, а также с количеством сегментоядерных нейтрофилов на первые ($R=0,9064$, $p=0,034$), третьи ($R=0,8296$, $p=0,122$) и седьмые ($R=0,4018$, $p=0,11$) сутки.

Выводы

1. Делирий у пациентов с термической травмой обусловлен тяжестью ожогового повреждения и развивается в период ожогового шока.
2. Полиорганная недостаточность в период ожогового шока является фактором риска развития делирия, ранняя органопротекторная терапия может снизить частоту развития делирия.

3. Длительность делирия обусловлена степенью развития воспалительного процесса, что свидетельствует о необходимости адекватной антибактериальной и противовоспалительной терапии.

4. Сочетание активного воспалительного процесса и признаков полиорганной недостаточности свидетельствует о развитии синдрома эндогенной интоксикации, как предиктора развития делирия.

Литературные источники

Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult / Jacobi J., Fraser G. L., Coursin D. B. [et al.] // Crit. Care Med. - 2002. – Vol. 30. – P. 119–141.

Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. / Ely E. W., Stephens R. K., Jackson J. C. [et al.]. // Crit. Care Med. - 2004. – Vol. 32. – P. 106–112

Delirium assessment in the critically ill / Delvin J. W., Fong J. J., Fraser G. L., Riker R. R. // Intensive Care Med. - 2007. – P. 929-940.

Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) / Ely E. W., Inouye S. K., Bernard G. R. [et al.] // JAMA. – 2001. - Vol. 286. – P. 2703–2710.

Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool / Bergeron N., Dubois M. J., Dumont M. [et al.] // Intensive Care Med. - 2001. – Vol. 27. - P. 859–864.

А.В.Горб, Е.В.Живица, О.В.Кравец, О.П.Страх

ЗНАЧЕНИЕ ПРОДЛЕННОЙ ЭПИДУРЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

В Украине существует протокол МОЗ № 5 от 07.06.2012 года по лечению острого панкреатита (ОП), который включает проведение комплексной интенсивной терапии, обязательными компонентами которой являются: обезболивание, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, детоксикационная терапия, иммунокоррекция, поддержание адекватного газообмена и сердечной деятельности, нутритивная поддержка. Интенсивная терапия и сонографический мониторинг в конечном счете определяют хирургическую тактику лечения больных с тяжелым ОП. В последние годы одним из показаний к ранней лапаротомии при ОП стали рассматривать синдром интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) в его критической стадии. Синдром критической ИАГ, который развивается при панкреонекрозе, может развиваться в 90-100% наблюдений и требует неотложной лапаротомии (Абакумов М.М., 2003; Зубрицкий В.Ф., 2007; Дюжева Т.Г., 2009; Васильев А.А., 2010).

Цель работы. Обосновать показания к продленной эпидуральной анестезии у больных с острым панкреатитом, как способа профилактики и лечения синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты лечения 8 больных с тяжелым ОП. Пациенты находились на лечении в клинике в течение март 2013 – май 2013 года. Возраст больных от 35 до 67 лет.

Форму и распространенность ОП определяли с помощью сонографической диагностики. Для диагностики синдрома ИАГ, согласно рекомендаций международной конференции экспертов по интраабдоминальной гипертензии и абдоминальному компартмент-синдрому (ПООСА, Квинсленд, Австралия, 2006), использовали метод измерения уровня давления в мочевом пузыре. «Пулевой точкой» считали уровень средней подмышечной линии. Этот метод считается золотым стандартом для мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД). Измерения выполняли 3 раза в сутки в зависимости от тяжести патологических изменений и динамики снижения внут-

рибрюшного давления. При 3-4 степени исходного ВБД показания регистрировали каждые два часа в течение суток. Помимо измерения ВБД, оценивали показатели сердечнососудистой системы, параметры дыхания и оксигенации крови, динамику гастроинтестинальной дисфункции и диуреза.

У больных с тяжелым ОП (n=8) основным методом обезболивания явилась продленная эпидуральная анестезия (ПЭА). Противопоказанием к немедленной постановке катетера была выраженная гипотония. ПЭА выполнялась в первые 6-12 часов с момента госпитализации больного в ОИТ. Уровень блокады определяли на уровне Th6-Th8.

Результаты и обсуждение. Пролечены 8 пациентов с тяжелым ОП, у которых одним из главных клинических проявлений ОП был выраженный болевой синдром, парез кишечника и метеоризм. У всех 8 больных наблюдались признаки дисфункции пищеварительного тракта, проявляющиеся вздутием живота, многократной рвотой, также наблюдались признаки гиповолемии, проявляющиеся клинически сухостью слизистых, сниженным тургором кожи, подтверждалось проведенной пробой по Шелестюку. Применение инфузионной многокомпонентной терапии позволяло восполнить объем циркулирующей крови в первые 8-14 часов и только затем прибегнуть к постановке эпидурального катетера. Анальгезирующий эффект ПЭА потенцировали нестероидными противовоспалительными препаратами, вводимыми внутривенно или внутримышечно. Положительными эффектами такой анальгезии явились минимальные дозы наркотических анальгетиков (только в первые часы интенсивной терапии), ранняя и максимальная активизация больных (отсутствие седации и хороший анальгетический эффект), отсутствие отрицательного воздействия на системную гемодинамику. Регионарная блокада с хорошим кровотоком в зоне воспаления способствовала ранней стимуляции и восстановлению кишечной перистальтики.

Мониторинг ВБД у 2 больных с тяжелым некротическим панкреатитом, осложненным ферментативным перитонитом (давность заболевания 24 часа) уже в первые 2-4 часа после применения ПЭЛ показал снижение данного показателя на 15-25% еще до проведения лапароцентеза и до эвакуации ферментативной воспалительной абдоминальной жидкости.

У всех больных введение местного анестетика эпидурально привел к уменьшению болевого синдрома. У 3 больных (давность заболевания 60±5 часов) с парапанкреатическим инфильтратом, ВБД снижалось на 20-24% через 8-14 часов от начала ПЭЛ. Перистальтика кишечника восстанавливалась уже через 2 суток, что позволяло проводить энтеросорбцию и начинать раннее энтеральное питание. Длительность нахождения катетера в эпидуральном пространстве определялась интенсивностью болевого синдрома, функциональным состоянием кишечника и колебалась от 3 до 7 суток.

Выводы

1. Тяжесть острого панкреатита должна определяться при госпитализации больного. Лечение тяжелого острого панкреатита должно проводиться в отделении интенсивной терапии.
2. Продленная эпидуральная анестезия за счет развития регионарной симпатической блокады у больных с тяжелым ОП обладает обезболивающим, реологическим, энтеропротекторным действием.
3. Больные с тяжелым ОП нуждаются в обязательном мониторинговании внутрибрюшного давления. Раннее применение ПЭА в комплексе интенсивной терапии у больных с ОП является эффективным мероприятием по профилактике синдрома критической внутриабдоминальной гипертензии.

П.П.Голота

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Сосудистые заболевания головного мозга, в частности острый ишемический инсульт, в последнее время приобретают все большую актуальность. Это связано не только с высокими показателями заболеваемости и смертности, что является сугубо медицинской проблемой. Мозговой инсульт представляет и серьезную социальную проблему, так как больные, перенесшие инсульт, становятся нетрудоспособными вследствие тяжелой инвалидизации. Тромболитическая терапия – единственная на сегодняшний день возможность высокоэффективной помощи при ишемическом инсульте, которая позволяет восстановить кровоток в пораженном сосуде и предотвратить необратимые изменения в ткани мозга. «Тромболитическая терапия дает возможность стать свидетелем поистине драматического улучшения состояния пациента, когда буквально «на игле» исчезают грубейшие неврологические нарушения, и он не только выживает, но и выздоравливает, что раньше было практически невозможным».

Суть метода состоит в том, что в первые часы от начала развития ишемического инсульта пациенту вводится тромболитик – вещество, растворяющее тромб внутри пораженного сосуда. Это приводит к быстрому восстановлению кровотока в бассейне закупоренного сосуда и регрессу неврологических симптомов: речевых расстройств, гемипареза (расстройств движений на противоположной от очага инсульта стороне тела). Тромболизис может быть неселективным (то есть введение препарата осуществляется в вену) или селективным (в бассейн пораженной артерии с помощью рентгенохирурга в условиях ангиографической операционной). Эти два основных метода тромболизиса имеют различные протоколы проведения. Сроки осуществления неселективной методики: до 4 часов от начала развития клиники инсульта, селективной – до 6 часов.

Цель работы. Оценить эффективность интенсивной терапии ишемического инсульта у больных при проведении системного тромболизиса.

Материалы и методы. На базе клинической областной больницы им. И.И. Мечникова в отделении нейрореанимации в 2011 году 13 пациентам с ОНМК по ишемическому типу был выполнен системный тромболизис, препаратом «Актелизе» с расчета 0,9 мг/кг. Препарат вводили внутривенно болюсно 10 мг, остальные 90 мг – внутривенно капельно на физ. р-ре 0,9% 400,0 в течение 1 часа. Перед проведением системного тромболизиса 11 больным проводился компьютерная томография (КТ) головного мозга. Двум пациентам магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Учитывая длительность проведения МРТ 0,5Т более 40 минут, предпочтение было отдано КТ. Всем больным проводился комплекс клинико-биохимических исследований.

Результаты и их обсуждение. Исходно тяжесть состояния пациентов оценивалось по шкале тяжести инсульта национальных институтов здоровья США (NIHSS), количество баллов составляло от 12 до 16. У 5 пациентов было выявлено абсолютные противопоказания к проведению системного тромболизиса: язвенная болезнь желудка, применение непрямых антикоагулянтов, оперативное лечение 2 месяца назад, цирроз печени.

Системный тромболизис проводился у 8 больных с ишемическим инсультом. У 5 пациентов регрессировала неврологически (очаговая симптоматика после в течение первых суток проведения тромболизиса). У 2 пациентов системный тромболизис осложнился кровоизлиянием в головной мозг. У 1-го пациента тромболизис оказался не эффективным. Общая летальность составила 25%.

Выводы

1. Системный тромболизис является эффективным методом лечения пациентов с ОНМК по ишемическому типу на ранних этапах заболевания.

2. Обязательным компонентом безопасности является выявление противопоказаний к проведению системного тромболизиса. Это требует дифференциального подхода к отбору пациентов и наличия высокотехнологического оснащения.

Е.И.Гордийчук

ИНФУЗИЯ ПО ЦЕЛЕВОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ КАК НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Кафедра анестезиологии та интенсивной терапии

Повышение безопасности больного путем использования всех звеньев системы безопасности в практике анестезиологии, сегодня является глобальной задачей. Докомпьютерные технологии предполагают использование фармакологических моделей препаратов в виде рекомендуемых доз и частот их введения. Доза соответствует желательному терапевтическому интервалу при регулярном введении препарата. При таком введении, концентрация препарата возрастает в плазме, и резко падает ниже подпороговой, что не полностью обезболивает больного.

Внутривенная инфузия по целевой концентрации (ИЦК), – новый способ применения препарата, который упрощает технику его внутривенного введения и улучшает контроль за его действием. Анестезиолог, используя эту технику, меняет целевую концентрацию, а система "Diprifusor" автоматически управляет скоростью инфузии для достижения желаемой концентрации. Судить о глубине анестезии позволяет BIS-monitoring, с помощью которого анестезиолог контролирует изменение концентрации препарата, и при потребности должен вовремя ее изменить.

Исследование было проведено у 21 пациента (13 женщин и 8 мужчин; средняя масса тела 73.4 кг) при проведении общехирургических операций (грыжесечение; эндоскопическая холецистэктомия) (Бунятян А.А. и соавт., 1999). У пациентов до 55 лет, без премедикации целевая концентрация для индукции от 4 до 8 мкг/мл. У пациентов с премедикацией начальная концентрация не превышает 4мкг/мл. Пробуждение больных комфортное. Через 1-2 минуты больные ориентируются. Ни в одном случае при переводе на дыхание окружающим воздухом SpO₂ не снижалось ниже 95%.

Второе исследование проводилось, для сравнения требуемых доз и качества анестезии при ИЦК – группа 1, и по двум управляемым в ручном режиме схемам инфузии (РРИ) – группа 2 и 3 (Лихванцев В.В. и соавт., 2000). Пациентам была проведена премедикация мидазоламом - 0,03 мг/кг внутривенно и альфентанилом - 10 мкг/кг внутривенно. Для индукции анестезии 1 группа получила пропофол по методу ИЦК - целевая концентрация в крови - 4 мкг/мл; индукция у гр. 2 и 3 - болюсное введением пропофола до потери сознания при скорости инфузии 1200 или 600 мл/ч соответственно. Показатели: средняя индукционная доза группы 1 - 1.31мг/кг, группы 2 и 3, 29 и 30мг/кг соответственно. Максимальная расчетная концентрация пропофола в крови группа 1 – 3.1 мкг/мл, группа 2 и 3 - 5.4 и 3.5 мкг/мл соответственно.

Заключение: для индукции по методу ИЦК требуется меньше пропофола. При этом не наблюдается значимого увеличения периода индукции. Апноэ (>20 секунд) достоверно реже регистрировалось в группе ИЦК.

Таким образом, тотальная внутривенная анестезия с инфузией Дипривана по целевой концентрации - это легко управляемая анестезиологом, комфортная для больного анестезия. На данном этапе многими фирмами ведутся работы по созданию комплексных систем инфузии ряда препаратов по целевой концентрации. Фирма Braun (Германия) выпустила автоматический шприц для инфузии по целевой концентрации пропофола, ремифентанила и мивакрона. Это дает полный контроль анестезии. Все это свидетельствует о перспективе дальнейшей работы в области применения систем ИЦК и необходимости внедрения их в практику.

Литературные источники

ИЦК и автоматизированная система анестезии на основе Дипривана / В. В. Лихванцев, В. В. Субботин, А. В. Ситников // Анестезиология и реаниматология: Вестник интенсивной терапии. – М., - 2000. - № 3. – С. 58-61.

Тотальная внутривенная анестезия Пропофолом по ИЦК / А. А. Бунятян, Е. В. Флеров, В. И. Стамов, К. М. Толмачев // Анестезиология и реаниматология: Вестник интенсивной терапии. – М., 1999. - № 1. – С. 3-11.

С.Г.Демин¹, Е.В.Братусь², В.В.Журавель¹, Г.В.Белокуров¹

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ L-АРГИНИНА НА ДИНАМИКУ
ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» ДОС¹

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины²

Цель исследования. Изучить влияние L-аргинина на динамику IL-1 α , TNF α , IL-10 после неотложных абдоминальных операций.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 37 до 75 лет (средний возраст 54,4 \pm 11,2), массой 74,6 \pm 6,2 кг, рост 171,2 \pm 10,1 см, индекс массы тела 24,2 \pm 6,2, которым были выполнены операции по поводу ущемлённых грыж, острой спаечной кишечной непроходимости, перфорации язвы 12-перстной кишки с разлитым перитонитом в КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» Днепропетровского областного совета. получали стандартную интенсивную терапию согласно приказа МОЗ Украины № 297 от 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія». Больные 2 группы (n=15) в дополнение к стандартной терапии в послеоперационном периоде с целью коррекции эндотелиальной дисфункции получали L-аргинин (Тивортин, «Юрия-Фарм», Украина). Препарат вводили с 1 суток послеоперационного периода в дозе 4,2 г внутривенно капельно 1 раз в сутки на протяжении 3 суток. Оперативное вмешательство всем больным проводилось под стандартной тотальной внутривенной анестезией с миорелаксацией и ИВЛ, где основным гипнотиком был пропофол, анальгетиком - фентанил. Средняя продолжительность анестезии 2,2 \pm 0,5 ч. Исследовались уровни IL-1 α , TNF α и IL-10 до операции (этап 1), на 1 (этап 2), 3 (этап 3) и 7 сутки (этап 4) после операции. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программного пакета MS EXEL.

Результаты и обсуждение. Анализ выявил недостоверное снижение уровня IL-1 α через одни (20,35 \pm 5,88 vs 17,16 \pm 2,44 пкг/мл) и достоверное его снижение на 3 (28,90 \pm 6,08 vs 16,82 \pm 1,45 пкг/мл (p<0,05)) и 7 сутки (22,76 \pm 4,13 vs 19,81 \pm 3,76 пкг/мл (p<0,05)) после операции у пациентов получавших L-аргинин. В этой группе уровень TNF α через 1 сутки после операции достоверно снижался (1,98 \pm 0,64 vs 3,99 \pm 0,49 пкг/мл (p<0,05)), на 3 сутки был достоверно ниже (2,52 \pm 0,64 vs 5,32 \pm 1,74 пкг/мл (p<0,05)). На 7 сутки достоверных различий уровней TNF α в обеих группах не выявлено. Уровень IL-10 во 2 группе достоверно снижался на 1 сутки (14,84 \pm 2,98 vs 19,5 \pm 6,69 (p<0,05)) с последующим недостоверным повышением на 3-и (9,19 \pm 1,79 vs 7,19 \pm 2,1 пкг/мл) и 7 сутки (7,15 \pm 1,23 vs 8,61 \pm 0,72 пкг/мл).

Заключение. L-аргинин достоверно снижает уровень провоспалительных IL-1 α и TNF α в послеоперационном периоде.

В.Н.Лисничая

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИС-АССОЦИИРОВАННОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Введение. Сепсис-ассоциированная энцефалопатия (Sepsis-associated encephalopathy, SAE) – мультифокальное нарушение функции головного мозга, при условии наличия инфекции сопровождающейся синдромом системного воспалительного ответа, но без клинических и лабораторных доказательств прямой причастности инфекции к повреждению головного мозга. Сепсис-ассоциированная энцефалопатия является проблемой с серьезными последствиями.

Цель исследования. Определить клинические проявления и особенности течения сепсис-ассоциированной энцефалопатии у пациентов с тяжёлым сепсисом.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 276 пациентов с тяжёлым сепсисом. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет; наличие ≥ 2 признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВО); наличие септического очага; информированное согласие пациента или его законного представителя.

В группе исследуемых пациентов наличие когнитивных нарушений наблюдалось у 161 пациента (58,33%), отсутствие – у 115 (41,67%). Среди пациентов с когнитивными нарушениями из исследования исключено 97 пациентов (60,25%): прямое повреждение головного мозга инфекционным агентом – 46 пациентов (47,42%); тяжесть состояния оцененная по APACHE II > 30 баллов – 10 пациентов (10,31%); сопутствующие психические заболевания – 5 пациентов (5,15%); сопутствующая онкологическая патология – 24 пациента (24,74%); В 20 – 8 пациентов (8,25%); когнитивные нарушения другой этиологии – 4 пациента (4,12%). В итоге рабочая группа составила 64 пациента: мужчин было 32 (50%), женщин – 32 (50%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 80 лет ($52,59 \pm 14,85$), при этом у мужчин от 23 до 80 лет, в среднем $50,84 \pm 12,96$ лет; у женщин от 22 до 80 лет, в среднем $54,34 \pm 16,52$ лет.

Уровень сознания пациентов оценивался с помощью GCS (Glasgow Coma Scale), FOUR (The Full Outline of Unresponsiveness). **Оценка седации и возбуждения проводилась по шкале SAS (Sedation – Agitation Scale).** Тяжесть состояния пациента и прогноз летальности оценивались с помощью шкал: MEDS (Mortality in Emergency Department Sepsis), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), которая была дополнена оценкой гастроинтестинальной недостаточности LIFE (Lausanne Intestinal Failure Estimation), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II). Оценка обратного развития коматозного состояния и восстановление когнитивных функций проводилось по шкале RLAS (*Rancho Los Amigos*).

Результаты исследования и их анализ. У 58,33% ($n=161$) пациентов наблюдались когнитивные нарушения разной степени тяжести. Нарушение уровня сознания в исследуемой группе пациентов отмечалось у 28,13% ($n=18$), при этом угнетение сознания до оглушения наблюдалось у 9,36% ($n=6$), до сопора у 14,06% ($n=9$), до комы I-II у 4,69% ($n=3$). Легкие когнитивные нарушения были выявлены у 43,76% ($n=28$) пациентов, депрессивные расстройства у 18,75% ($n=12$), делирий у 21,88% ($n=14$). Психомоторное возбуждение, оцененное по SAS как опасное, отмечалось у 34,38% ($n=22$) пациентов. У 6,25% ($n=4$) пациентов прослеживалась этапность течения сепсис-ассоциированной энцефалопатии с переходом от одних проявлений когнитивных нарушений к другим.

Выводы

1. Когнитивные нарушения разной степени тяжести наблюдались у 58,33% пациентов с тяжёлым сепсисом.
2. Проявления сепсис-ассоциированной энцефалопатии разнообразны, от легких когнитивных нарушений (43,76%) до делирия (21,88%) и угнетения сознания (28,13%), что ухудшает течение заболевания.

3. Особенностью течения сепсис-ассоциированной энцефалопатии у некоторых пациентов, является этапность течения, с переходом от одних проявлений когнитивных нарушений к другим.

И.В.Малая, С.А.Лещенко, В.В.Скляр

ОСОБЕННОСТИ МОЛЕКУЛЯРНОГО СТРОЕНИЯ ОСНОВНЫХ ГРУПП РЕЦЕПТОРОВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ДЕЙСТВИЯ НА НИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Актуальность. «Дети – не маленькие взрослые» – этот постулат незыблем с 1847 года. И действительно, анатомически и морфо-функционально дети крайне отличаются от взрослых. И чем младше ребенок, тем разительнее это отличие. Самыми «неизученными» в этом аспекте являются новорожденные.

Молекулярно-генетическая система их жизнеобеспечения не является «несовершенной» или «незрелой», но максимально приспособленной к наиболее критичному периоду жизни каждого человека – переходу от внутриутробного периода к внеутробному.

Впервые «нестандартные» реакции новорожденных на купирование судорог диазепамом были отмечены в 1979 году в США, когда клиническое улучшение состояния не коррелировало с изменениями на ЭЭГ. С тех пор накопилось множество данных об «извращенных» ответах новорожденных на различные медицинские препараты, в том числе и для наркоза. Только с развитием молекулярной биологии данные явления смогли быть объяснены.

Современные требования выхаживания недоношенных новорожденных со сроком гестации от 22 недель и массой 500гр., высокая частота проведения последним хирургических вмешательств, а также развитие фетальной хирургии требует от анестезиолога досконального понимания механизмов патогенеза состояний, свойственных только этому возрастному периоду, а также особенности соответствующей фармакотерапии.

Цель и задачи. Используя современные литературные данные изучить особенности молекулярного строения, распределения и функционирования основных групп рецепторов нервной системы новорожденных на различных сроках гестации, а также рассмотреть отличия в реагировании взрослых и детей на различные препараты для наркоза.

Результаты и их обсуждение. В нашем обзоре мы выделили 5 основных групп рецепторов: GABA, систему возбуждающих рецепторов –NMDA, AMPA,каинатные; nACh рецепторы, каннабиоидные и опиатные рецепторные группы, а также их кластеры,- как основные точки приложения для наркозных препаратов, и пришли к следующим результатам:

1. GABA_A –рецепторы имеют иное молекулярное строение,а ко-транспортные системы KCC2 и NKCC1, ответственные за содружественное выведениеCl⁻-из клетки, неактивны или не экспрессируются вовсе, что приводит к накоплению Cl⁻во внутриклеточном пространстве и, как следствие, деполяризации мембраны нервной клетки вместо гиперполяризации, что проявляется возбуждением клетки вместо торможения;клинически это приводит к тому, что введение внутривенных и некоторых ингаляционных анестетиков может приводить к неожиданным эффектам, вплоть до обратного.Например, введение препаратов бензодиазепинового ряда, барбитуратов, пропофола может приводить к возбуждению нервных клеток, и будет проявляться усилением судорожной активности или неадекватной степенью анестезии.

2. В раннем постнатальном периоде AMPA –рецепторы не экспрессируются вовсе, а в позднем имеют иное молекулярное строение; то же касается и каинатных рецепторов, NMDA–структуры практически не отличаются от таковых взрослых; невозможность работы трех групп рецепторов содружественно приводит к гиперполяризации клеточной мембраны, вместо деполяризации, что ведет к торможению вместо возбуждения;это значит, что применение блокато-

ров данных рецепторов будет приводить к усилению возбуждения. Исключением, возможно, будет кетамин ввиду плейотропности его действия.

3. Каннабиоидные рецепторы (CB1 и CB2), расположенные преимущественно в базальных ганглиях, гиппокампе и мозжечке и отвечающие за эмоциональное восприятие происходящего, у доношенных новорожденных не экспрессируются, хотя в большом количестве имеются у плодов и детей грудного возраста, что, возможно, приводит к меньшим когнитивным расстройствам в данной группе.

4. nACh рецепторы в нейромышечных синапсах – имеют другое субъединичное строение ($2\alpha 1\beta\delta\lambda$ и $5\alpha 7$ вместо $2\alpha 1\beta\delta\epsilon$), что приводит к уменьшению их проницаемости для ионов калия, натрия, кальция, а также более длительному времени открытия и дополнительному выбросу калия из клетки, что на практике приведет к увеличению чувствительности к сукцинилхолину, и, как следствие, к уменьшению дозировки препарата, а также к увеличению устойчивости к недеполяризующим миорелаксантам. Их реаранжировка продолжается до 4 лет, а полное становление происходит к 12-ти годам.

5. Опиоидные рецепторы имеют строение идентичное таковому у взрослых, и их количество прогрессивно увеличивается по мере развития плода и новорожденного, но имеет место волнообразное изменение их плотности в различных частях спинного и головного мозга на разных сроках гестации, что приведет к необходимости коррекции дозировки наркотических анальгетиков в зависимости от точного срока гестации ребенка.

Заключение. Таким образом, рецепторные поля детей периода новорожденности имеют существенные отличия не только от взрослых, но и внутри своего возрастного периода, что говорит о необходимости изменения традиционных подходов к ведению анестезии и коррекции схем патогенезов некоторых состояний, характерных только для новорожденных.

З.М.Мельничук, С.Г.Дёмин

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФПО

Спинальная анестезия (СА) – метод обезболивания, что позволяет достичь адекватного уровня обезболивания, технически несложен, имеет высокую степень доступности, эффективности и экономичности. Основными характеристиками метода СА является простота, экономичность и высокая эффективность, особенно после появления пролонгированных анестетиков нового поколения и адаптированных одноразовых игл (Quincke, Whitacre, Yale, Balton). Однако, как и любой другой метод анестезиологического обеспечения, он имеет определенные побочные эффекты и осложнения. Важной проблемой является профилактика одного из часто встречающихся осложнений, - постпункционной головной боли (ППГБ) различной интенсивности, возникающей в 10-85% случаев. Основной причиной ППГБ является истечение спинномозговой жидкости в эпидуральное пространство через дефект твердой мозговой оболочки, вызванный пункцией, вследствие чего развивается синдром ликворной гипотензии.

В ряде случаев пациенты с постпункционной головной болью отмечают некоторое снижение слуха, что объясняется изменением внутричерепного эндолимфатического давления. Интенсивность снижения слуха коррелирует с объемом потери спинномозговой жидкости. Также наблюдается снижение зрения, связано с тем, что при снижении давления ликвора несколько смещается мозжечок и мост мозга, что приводит к натяжению отводящего нерва, фиксированного в каменистой части височной кости. Парез отводящего нерва приводит к развитию сходящегося косоглазия и диплопии. Нарушения слуха и зрения полностью восстанавливаются после купирования постпункционной головной боли.

Цели работы: оптимизировать методику коррекции постпункционной головной боли у данной группы пациентов; выявить и изучить причины развития и частоту возникновения постпункционной головной боли у пациентов травматологического профиля после выполнения субарахноидальной анестезии.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, на базе КУ «Городская клиническая больница №6» отделение травматологии №1 в ходе которого 20 пациентов, входящих в группу риска, были разделены на 2 группы.

В 1 группе из 10 пациентов выполнялась общепринятая техника субарахноидальной анестезии. В условиях антисептики, под местным обезболиванием (Sol.Lidocaini 1% - 3 ml), иглой диаметром 22G, проводилась пункция субарахноидального пространства на уровне L3-L4.

Во 2 группе из 10 пациентов при выполнении СА после введения местного анестетика игла удалялась на 0,5-0,6 см до попадания иглы в эпидуральное пространство, затем эпидурально вводилось 10-15 мл изотонического раствора хлорида натрия. Изотонический раствор натрия хлорида корректировал отрицательное давление в эпидуральном пространстве, препятствуя истечению спинномозговой жидкости.

Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст 38 ± 2 года), полу (преобладали женщины), тяжести сопутствующей патологии (по ASA II). В обеих группах была проведена стандартная предоперационная подготовка, которая включала: физикальные и общеклинические исследования, инфузия кристаллоидов в объеме 1600 мл (накануне операции), седативные; премедикация: м-холинолитики, атарактики, упреждающая аналгезия; в качестве анестетика использовался Sol. Bupivacaini $15 \pm 2,5$ мг, послеоперационное ведение больных (постельный режим, инфузионная терапия, послеоперационное обезболивание).

Результаты и их обсуждение. В группу риска возникновения постпункционной головной боли после СА составляют: пациенты молодого возраста (10-50 лет); 2. преимущественно женщины. Частота цефалгий увеличивается у женщин в возрасте от 18 до 45 лет, особенно у тех, кто имеет низкий индекс массы тела; 3. пациенты, имеющие сопутствующие заболевания центральной нервной системы. Факторы, способствующие возникновению постпункционной головной боли: 1. исходный уровень внутричерепного давления; 2. диаметр пункционной иглы - чем больше диаметр отверстия в твердой мозговой оболочке, тем больше вероятность утечки спинномозговой жидкости.

В 1 группе из 12 пациентов при четком соблюдении технических моментов, указанных выше, постпункционная головная боль возникала в 8,3% случаев. Случаев ППГБ во 2 группе пациентов не наблюдалось. Пациенты обеих групп после проведенного оперативного вмешательства придерживались постельного режима в течение суток и получали адекватную инфузионную терапию и энтеральную гидратацию с целью увеличения продукции ликвора.

Обычно ППГБ развивается в течение 12-24 часов после пункции, в 50% случаев симптомы исчезают самостоятельно в течение 5 суток. У 10% пациентов остаточная головная боль сохраняется до 10 суток. Часто постпункционная головная боль сопровождается тошнотой и рвотой, иногда снижением слуха, двоением в глазах, болезненностью мышц шеи. Боль усиливается при физической нагрузке, покачивании головой, переходе в вертикальное положение и уменьшается - в горизонтальном.

Лечение ППГБ боли у 4% пациентов первой группы проводилось классическими методами: постельный режим (2-3 суток); 2. пероральное или внутривенное введение нестероидные противовоспалительные средства, кофеин (300-500 мг каждые 4 часа); 3. инфузия изотонического раствора хлорида натрия и раствора Рингера в количестве 1500-2000 мл.

Выводы. Одним из осложнений СА является постпункционная головная боль. На основе проведенного исследования можно говорить об отсутствии такого осложнения после выполнения субарахноидальной анестезии с последующей тампонадой эпидурального пространства изотоническом раствором натрия хлорида.

И.В.Ненько, А.М.Трискиба, Н.П.Пахоленко

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ СЕПСИСЕ И СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ С ПОЗИЦИЙ НОВЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Целью настоящего исследования является изложение моментов инфузионной терапии тяжелого сепсиса и септического шока в свете новых международных рекомендаций (2012 Surviving Sepsis Campaign Guidelines) с позиций доказательной медицины.

Рекомендации представлены по системе GRADE или строгие (степень I) или нестрогие (степень II), отдельные рекомендации не градуированы (UG).

А. Начальная ресусцитация.

1. Вести протокол количественной ресусцитации у пациентов с сепсис-индуцированной тканевой гипоперфузией (определяют в этом документе как персистирующая гипотензия после начальной жидкостной инфузии или при концентрации лактата в крови ≥ 4 ммоль/л). Цели в первые 6 часов ресусцитации:

- Центральное венозное давление 8-12 мм рт. ст. (108,8-163,2 мм вод. ст.);
- Среднее артериальное давление (САД) ≥ 65 мм рт. ст.;
- Диурез $\geq 0,5$ мл/кг/час
- Сатурация в центральной венозной (верхняя полая вена) или смешанной венозной крови 70% или 65% соответственно (степень 1 C).

2. У пациентов с высокой концентрацией лактата ее снижение является целью ресусцитации (степень 2C).

В. Скрининг (при сепсисе) и повышение эффективности (совершенствование наполнения при сепсисе).

1. Рутинный скрининг потенциально инфицированных тяжелобольных пациентов для выявления тяжести сепсиса позволяет раньше начинать терапию (степень 1C).

2. При тяжелом сепсисе повышение эффективности лечения достигается в госпитальных условиях (разработок, условий и т.д.). (UG).

С. Инфузионная терапия при тяжелом сепсисе.

1. Кристаллоиды являются препаратами для начальной инфузионной терапии при тяжелом сепсисе и септическом шоке (степень 1B).

Рингера лактат широко используется для ресусцитации с благоприятными эффектами на кислотно-основной баланс при сравнении с нормальным солевым раствором.

2. Против использования препаратов гидроксикрахмала для инфузионной терапии при тяжелом сепсисе и септическом шоке (степень 1B).

Пациенты с тяжелым сепсисом, получившие ресусцитацию HES 130/0,42, имели увеличенный риск смерти в день 90 и, более вероятно, у них потребуются заместительная почечная терапия, по сравнению с пациентами, которые получали ацетат Рингера.

3. У пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком, которые требуют значительного количества кристаллоидов, в состав инфузионной терапии включают альбумин (степень 2C).

4. Первоначальной задачей инфузионной терапии у пациентов с сепсис-индуцированной тканевой гипоперфузией и подозрением на гиповолемию является введение минимум 30 мл/кг кристаллоидов (часть от этого объема может составлять альбумин). Более быстрое введение или большее количество жидкости может потребоваться у отдельных пациентов (степень 1C).

5. Проблема инфузионной терапии заключается в назначении ее так долго, пока не улучшится гемодинамика или основанные на динамике (например, изменение пульсового давления, ударного объема) или статических (например, артериальное давление, частота пульса) переменных. (UG).

Н.П.Пахоленко, А.И.Лисненко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАБАПЕНТИНА В ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Цель исследования. Изучить возможность эффективного использования габапентина в терапии послеоперационной боли у пациенток гинекологического профиля.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе КУ «Областная клиническая больница им. И.И.Мечникова» г.Днепропетровска. В исследование было включено 30 пациенток с диагнозом «Узловая лейомиома тела матки», которым было выполнено оперативное лечение в объеме: лапаротомия и гистерэктомия. Анестезиологическое обеспечение оперативного вмешательства – тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких. К стандартной терапии пациенток основной группы был включен препарат габапентина (Тебантин) по схеме: 1 капсула (300 мг) входила в состав премедикации накануне, далее – по 1 капсуле (300 мг) 3 раза в день в течение первых, вторых, третьих суток после оперативного вмешательства. Оценка интенсивности боли осуществлялась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Также исследовались показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений. Этапы исследования: сутки накануне оперативного вмешательства, через 3, через 6 и через 12 часов после оперативного вмешательства и последующие 2 суток. Обработка данных была сделана с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft, Tulsa, OK, USA) серийный номер: AGAR 909 E415822FA.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования не выявлено существенных отличий показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений по U-критерию Манна-Уитни ($p > 0,05$) между основной и контрольной группами; обнаружены существенные отличия между основной и контрольной группами ($p < 0,05$) по таким показателям: ВАШ (в покое) через 3, 6 та 12 часов после оперативного вмешательства и ВАШ (в покое и в движении) в течение последующих 2 суток.

Заключение. в результате проведенного исследования мы можем констатировать, что габапентин помогает эффективно устранять боль в послеоперационном периоде у пациенток после лапаротомической гистерэктомии. С целью повышения обезболивающего действия начинать применение препарата следует до оперативного вмешательства, включая препарат в состав премедикации вечером накануне оперативного вмешательства.

Н.П.Пахоленко

МИОКАРДИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Цель исследования. Анализ литературных данных, касающихся места и роли митохондриальной дисфункции в патогенезе тяжелого сепсиса и септического шока.

Сердечно-сосудистая дисфункция распространена при тяжелом сепсисе или септическом шоке. Хотя часто описываются функциональные изменения, повышенные сывороточные уровни кардиальных протеинов и результаты исследования аутопсии миокардиальной инфильтрации иммунными клетками, отек и повреждение митохондрий предполагает, что структурные изменения в сердце во время тяжелого сепсиса и септического шока могут встречаться и могут способствовать кардиальной дисфункции. Электронная микроскопия показала широко распространенные раздутые митохондрии с разорванными внешними мембранами, аутофагосомы и ваку-

олизацию внутренней среды. Назначение ресвератрола: модулирует биоэнергетический метаболизм; модулирует использование субстрата; модулирует оксидационный стресс; пути детоксикации, связанные с патологическим состоянием митохондрий и кардиомиоцитов, но не снижают смертность от сепсиса. Сократительная функция миокарда существенно улучшается после лечения ресвератролом. Структурные изменения могут быть предотвращены, и миокардиальная функция, улучшена применением тромбоцитаактивирующего фактора, циклоспорина А, глутамина, симвастатина или ингибитора каспаз. Жидкости, применяемые для реанимации, недостаточно исследованы относительно их определенного молекулярного воздействия на миокардиальную дисфункцию. У разных жидкостей, используемых для инфузий, есть независимые структурные биологические воздействия на вызванную эндотоксином миокардиальную дисфункцию. Оценивая независимое биологическое воздействие различных жидкостей для реанимации на вызванную эндотоксином миокардиальную дисфункцию, установлено, что альбумин (Alb) и гипертонический солевой раствор (ГСР) обладают наиболее плеотропным эффектом в защите сердца после повреждения, вызванного сепсисом. Так, при переливании подобных объемов Alb улучшал миокардиальный гомеостаз после введения ЛПС: (I) уменьшал диастолическую толщину стенки левого желудочка, интерстициальный отек и эндогенное содержание Alb; (II) ограничивал кардиальный апоптоз и поддерживал внеклеточную сигнальную активированную митогеном активацию протеин киназы; и (III) усиливал экспрессию гемм-оксигеназы 1/индуцибельную синтетазу оксида азота. ГСР оказывал также кардиопротективный эффект при ранней миокардиальной дисфункции и уменьшал кардиальный апоптоз.

Н.С.Пешая, Ю.О.Площенко, А.Ю.Вітрук

ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ З МЕТОЮ ПРИСКОРЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО

Мета дослідження. Оцінити ефективність та переносимість препарату Цитофлавін у пацієнтів, яким проводилось загальне знеболення під час анестезіологічного забезпечення оперативних втручань в абдомінальній хірургії.

Матеріали та методи. Клінічне дослідження виконано в клініці КЗ «Шоста міська клінічна лікарня» ДОР, відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Обстежено 30 хворих у віці від 41 до 73 років, які надходили в лікарню для проведення оперативного втручання на органах черевної порожнини.

Безпосередньо перед операцією пацієнтів випадковим чином розділяли на: групу А - контрольна (n = 15) і групу Б - основна (n = 15). В основній групі за 10 хвилин до закінчення анестезіологічного забезпечення оперативного втручання проводили інфузію розчину Цитофлавіну (10 мл, розведеного на розчині глюкози 5% – 100 мл) зі швидкістю 4,5 мл/хв, відповідно до рекомендацій виробника, паралельно зі звичайною інфузійною терапією.

Критерії включення/виключення: пацієнти як чоловічої так і жіночої статі; вік від 18 до 70 років; фізичний статус пацієнтів – ASA II-ASA III; Проведення відкритого оперативного втручання середньої тривалості на органах черевної порожнини в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії.

Критерії виключення: Відмова хворого від участі в дослідженні; Гіперчутливість до препарату або його складових; Фізичний статус класу ASA IV. Наявність в анамнезі полівалентної алергії, декомпенсованого цукрового діабету, гострого порушення мозкового кровообігу, епілепсії, алкоголізму, органічного ураження центральної нервової системи; Період вагітності та лактації.

Точки контролю: 1 етап – початковий стан при госпіталізації; 2 етап – інтраопераційний період: на операційному столі, інтубація та початок ШВЛ, хірургічний розріз, травматичний момент операції, кінець операції; 3 етап – ранній після наркозний період: з моменту закінчення операції фіксували в хвиликах: кінець проведення ШВЛ, час пробудження, час екстубації, час повної орієнтації (досягнення 9-10 балів за шкалою J.Aldrete).

Результати та їх обговорення. Гемодинамічний профіль течії тотальної внутрішньовенної анестезії в обох групах носив односпрямований характер. Але на етапі після екстубації трахеї ми отримали різницю в показниках середнього артеріального тиску по групах дослідження. Так, якщо в групі з використанням цитофлавіну САТ на цьому етапі склав $90,64 \pm 10,34$ мм.рт. ст., то в контрольній групі САТ був вищим майже на 11 % та досягав $99,4 \pm 5,89$ мм.рт.ст (вірогідність $p = 0,01$). На всіх інтраопераційних етапах сатурація кисню в обох групах дослідження під час проведення ШВЛ з оксигенацією утримувалась на рівні не нижче 99 %. Але на етапі після екстубації ми отримали дані, які корелювали з підвищенням САТ в групі контролю. Так, в цій групі рівень сатурації був майже на 5 % нижче, ніж у групі зі застосуванням цитофлавіну ($95,6\%$ та $99,29\%$ відповідно, $p=0,01$), що і могло призвести до гіпертензії, яка індукована відносною гіпоксемією.

Швидкість відновлення самостійного дихання в порівнюваних групах достовірно розрізнялася. Загальна різниця в середніх термінах проведення штучної вентиляції легенів склала майже 1 годину. Так, в контрольній групі ШВЛ тривала в середньому $141,15 \pm 26,8$ хвилин проти $80,76 \pm 29,9$ хвилин у пацієнтів, яким застосовувався цитофлавін ($p=0,04$). Середнє значення відновлення свідомості в основній групі склали $96,36 \pm 66,4$ хв. А у досліджуваній групі – $52,85 \pm 32,2$, тобто майже на 45% менше ($p=0,04$). В основній групі час до повної орієнтації склав $103,92 \pm 42$ хв. У групі контролю перевищував 120 хв. і в середньому склав $193,75 \pm 132,92$. ($p=0,02$).

Висновки

1. Перебіг раннього післянаркозного періоду з використанням тесту Aldret і за тестом зникнення післяопераційної сонливості і відновлення орієнтації Bidway у хворих, що отримали в кінці оперативного втручання Цитофлавін, супроводжується гемодинамічної стабільністю, характеризується підвищеним темпом відновлення свідомості, дихання, м'язового тону, що дозволяє проводити екстубацію трахеї в більш короткі терміни.

2. Цитофлавін не надає значимого впливу на рівень глікемії в ранньому після наркозному періоді.

3. Застосування препарату Цитофлавін достовірно зменшує післяопераційну частоту критичних інцидентів, підвищуючи безпеку раннього післянаркозного періоду.

4. При використанні препарату доведена добра переносимість пацієнтами та незначна кількість побічних реакцій.

5. Цитофлавін може бути рекомендований для використання під час анестезіологічного забезпечення оперативних втручань для забезпечення зниження тривалості післяопераційного періоду та підвищення безпеки пацієнтів.

Е.А.Самофал

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕВИЗИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТОВ АТЛАНТА - 2008

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

В 2008 году была создана интернациональная междисциплинарная рабочая группа по пересмотру классификации острого панкреатита «Атланта (1992) – Acute pancreatitis classification working group», целью которой являлось совершенствование методов лечения острого панкреатита на основе четкого определения понятий панкреатического или перипанкреатического

некроза, жидкостных образований и их изменений во времени с стандартизацией для единого понимания клиницистами. Согласно пересмотренной классификации Атланта, для клинического определения ОП требуется наличия по крайней мере 2 из 3 представленных признаков: 1) абдоминальная боль в эпигастральной области, часто с иррадиацией в спину, часто с острым началом; 2) уровни сывороточной амилазы и липазы в 3 и более раз выше нормы; 3) характерные признаки при КТ, МРТ, УЗИ.

В классификации различают 2 фазы течения ОП. Первая (ранняя), наблюдается в течении первой недели от начала заболевания и вторая (поздняя) развивается после первой недели заболевания. В 1 фазу тяжесть ОП определяется наличием или отсутствием органических нарушений, вызванных системным воспалением вследствие морфологических изменений в железе и перипанкреатических участках в результате патоморфологических изменений, приводящих к отеку железы и участкам некроза, дистантных патоморфологических нарушений. Если органная недостаточность при ОП развивается в первые 48 часов от начала заболевания, ОП расценивается как средне-тяжелая его форма с уровнем летальности- 0 %. При тяжелом ОП – органная дисфункция персистирует более 48 часов или приводит к смерти.

В стандартной клинической практике в течении 3 дней после поступления пациентов с ОП в стационар наблюдается максимальная выраженность маркеров тяжести заболевания. К ним относятся: Нt, баллы шкал APACHE 2, RANSON, MODS или SOFA, легочные осложнения, ферментативный перитонит, СРБ, КТ-индекс тяжести или модифицированный КТ индекс, сывороточный креатинин, мочевины, ЛДГ, трипсиноген, цитокины и другие показатели панкреатического повреждения. Маркеры тяжести ОП в первые 24- 72 часа являются предикторами развития панкреонекроза, персистирующей органной недостаточности, смерти. Поздняя фаза характеризуется усилением некроза, инфицированием и персистированием органной недостаточности. Локальные осложнения могут манифестировать системными проявлениями с бактериемией и сепсисом, если некротические ткани подвергаются инфицированию. Развивается и прогрессирование некроза, персистирующего воспалительного ответа, СПОН значительно повышают риск летальности. Уровень летальности при стерильном некрозе находится в пределах 5-10%, при инфицированном некрозе повышается до 20-30%.

У.В.Селезнева, И.В.Ненько, Н.А.Крупенко

КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ В КЛИНИКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Целью настоящего исследования являются изложения узловых позиций контроля гликемии в клинике критических состояний.

У пациентов находящихся в критических состояниях, активация гормональных и гуморальных систем вызывает гипергликемию, как проявление ответа на стресс, в сочетании с действием медиаторов воспаления развивается стресс-индуцированная гипергликемия, которая сопровождается инсулинорезистентностью, повышением образования глюкозы в печени (глюконеогенез), снижением синтеза и выделения инсулина в ответ на стимуляцию глюкозой. Начальная острая эндогенная гипергликемия не должна подвергаться агрессивной терапии, так как является адаптивной реакцией. С позиции доказательной медицины и рекомендаций, градуированных по системе GRADE, целевая концентрация глюкозы не должна быть ниже 180 мг/л (10ммоль/л) и достигается применением стандартного протокола с использованием внутривенного введения инсулина. Тяжелой гипогликемией является снижение глюкозы ниже 70 мг/дл (3,88 ммоль/л). Контроль гликемии должен осуществляться в капиллярной, венозной и реже артериальной крови. Четкий контроль гликемии играет роль в снижении частоты органной недостаточности, тяжести заболевания, его исхода. Для улучшения качества программы гликемиче-

ского контроля необходимо использовать технологии мониторинга, нутритивную поддержку, программу титрованной инфузии инсулина. На выработку инсулина влияют системные гормоны, вегетативная нервная система.

Инкретины – гастроинтестинальные гормоны, регулирующие постпрандиальный уровень глюкозы. К ним относятся глюкозозависимый инсулиотропный пептид (ГИТ) и глюкогоноподобный пептид-1 (ГПП-1). Секретируемые в тонком кишечнике, обеспечивающие глюкозозависимую секрецию инсулина и глюкогона, эти гормоны очень быстро инактивируются ферментом дипептидилпептидазой-4 (ДПП-4).

Новый класс средств, влияющих на утилизацию глюкозы – глиптины, представителем которых является Янувия. Использование ДПП-4 метформином позволяет влиять на все патогенетические звенья СД и обеспечить лучший контроль гликемии.

Восстановление естественной регуляции α - и β - клеток приводит к снижению уровня гликозилированного гемоглобина, подавлению продукции глюкогона, секреции инсулина, развитию гипогликемических состояний. Комбинация с метформином более эффективна, чем монотерапия каждым из препаратов.

А.М.Трискиба, И.В.Ненько

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ АДЕКВАТНАЯ ЖИДКОСТНАЯ РЕСУСЦИТАЦИЯ НЕОБХОДИМОЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ?

Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии

Цель исследования. Выяснить является ли адекватная жидкостная ресусцитация необходимой при остром панкреатите.

Адекватная инфузионная терапия должна выполняться для коррекции дефицита объема циркулирующей крови и поддержания базальных потребностей организма в жидкости.

Повышенная сосудистая проницаемость при остром панкреатите ведет к потере внутрисосудистой жидкости и снижению объема циркулирующей плазмы. В случаях с массивными асцитами, плевральными выпотами, ретроперитонеальными и мезентериальными отеками объем циркулирующей плазмы снижается значительно. Гиповолемия приводит к синдрому полиорганной недостаточности и острому повреждению почек. Кроме того, гиповолемический шок может нарушать панкреатическую микроциркуляцию и вызывать панкреатогенную ишемию и некроз. Следовательно, восстановление и поддержание объема плазмы является необходимым при тяжелом остром панкреатите.

Для стабилизации кардиоваскулярной системы сбалансированные электролитные растворы являются выбором. Объем инфузии должен опираться на мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений, гематокрит, диурез, центральное венозное давление. Следует корректировать содержание плазменных K^+ и Ca^{2+} , гипергликемию. При остром панкреатите противопоказаны растворы Рингера, содержащие значительное количество кальция, так как создается угроза развития вторичной гиперкальциемии. Обязателен мониторинг центрального венозного давления или давления заклинивания легочной артерии, давления в легочной артерии, газового состава крови. Оксигенотерапия должна обеспечивать SpO_2 на уровне $>95\%$. Инфузионная терапия может осложниться отеком легких, в основе которого лежит повышение содержания внесосудистой воды в легких, что потребует проведения искусственной вентиляции легких.

ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ

О.О.Кулагін, В.В.Коваль

СТАН ПИТНОГО ВОДОПОСТАЧАННЯ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

Кафедра гігієни та екології

Мета роботи. Надати гігієнічну оцінку питної водопровідної води, що споживається населенням промислового міста.

Матеріали і методи. Дослідження питної води проведено на Кайдацькому водозаборі м. Дніпропетровська за період 2008-2012 рр. Статистично оброблено та проаналізовано 1200 досліджень питної водопровідної води за результатами спостережень Дніпропетровської міської СЕС.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів свідчить за наявність у питній воді, яка постачається населенню м. Дніпропетровськ, хлоридів, сульфатів, загального заліза, міді, цинку, марганцю. В середньому за період спостереження вміст вищеназаних речовин коливався від 0,01 до 0,30 гігієнічного нормативу. Показники фізіологічної повноцінності мінерального складу (сухий залишок та загальна жорсткість) питної водопровідної води м. Дніпропетровськ на протязі всього періоду спостереження знаходились у межах нормативних значень. Однак, слід відмітити, що за санітарно-токсикологічними показниками вода не відповідає вимогам до питної водопровідної води. Так, в середньому за 2008-2012 рр. у воді питній на рівні 1,0-1,05 гранично допустимих концентрацій (ГДК) реєструвалися миш'як, ртуть, алюміній, нікель. Причому, слід відмітити сталий на протязі всього періоду спостереження вміст миш'яку та ртуті. Спостерігалась стійка тенденція до підвищення концентрації алюмінію у питній воді Кайдацького водозабору: від 0,95 до 1,15 ГДК. В дещо нижчих концентраціях, на рівні 0,7 ГДК в середньому за період спостереження, містився свинець. За інтегральним санітарно-токсикологічним показником (перманганатна окиснюваність) вода питна, яка подається до розподільчої мережі м. Дніпропетровськ з Кайдацького водозабору, не відповідає вимогам ДСан-ПіН 2.24-171-10 "Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною». Значення цього показника за середньорічними величинами перевищувало гігієнічний норматив в 1,50-1,84 рази.

Підсумок. Питна води м. Дніпропетровськ (Кайдацький водозабір) не відповідає гігієнічним вимогам за санітарно-токсикологічними показниками, що пов'язано з загальною незадовільною екологічною ситуацією в регіоні, у тому числі станом джерела господарчо-питного водопостачання р. Дніпро та, можливо, недосконалими технологіями водопідготовки.

Є.О.Лихолетов

БІОПРОДУКТИ: КУРС ДО ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ?

Кафедра загальної гігієни

Основною особливістю харчування сучасної людини є, з одного боку, дефіцит тваринних білків, поліненасичених жирних кислот, вітамінів, а також макро- і мікроелементів, з іншого – надлишок тваринних жирів і простих вуглеводів. Крім того, сучасні продукти в більшості своїй забруднені пестицидами, мінеральними добривами, містять регулятори росту, харчові добавки, а також можуть бути генетично-модифікованими.

Поява на сучасному харчовому ринку органічних продуктів (біопроктів), на перший погляд, дозволяє вирішити названі проблеми. Але чи так це? На підставі вивчення 27 літератур-

них джерел вітчизняних і зарубіжних авторів поставлена мета охарактеризувати біопродукти і доцільність розширення їх асортименту.

Біопродукти – це продукція сільського господарства та харчової промисловості, яка виготовлена відповідно до затверджених правил (стандартів), що передбачають відмову від використання (або мінімізацію використання) пестицидів, синтетичних мінеральних добрив, регуляторів росту, штучних харчових добавок, а також генетично-модифікованих організмів (ГМО).

Така мотивація зумовлює готовність частини споживачів платити додаткову ціну (понад 10-50% від звичайної ціни) за біопродукти. При цьому попит на них у світі постійно зростає. Так, у Китаї ціни на біопродукти можуть перевищувати ціни звичайних продуктів до 700%, у Росії – до 1000%. Японія традиційно є лідером ринку біопродукції серед країн Азії.

У Європі, США та Японії рух за біологічно чисте сільське господарство активно розвивається на протязі вже більше 30 років. Все більше фермерів у різних країнах світу переходять на вирощування біопродукції, майже в кожному супермаркеті є широкий вибір продуктів і товарів з «зеленими» маркуваннями, активно розвиваються мережі «магазинів здоров'я».

У той же час у світі поки що не існує єдиного міжнародного стандарту виробництва біопродукції. Існуючі відмінності в державному регулюванні біологічно чистого сільського господарства в різних країнах, а також у приватних стандартах стримують зростання світових ринків біопродукції і створюють перешкоди в торгівлі нею.

Наприклад, у травні 2008 р. в Росії вийшла низка СанПіНів (санітарні правила і норми), які деякою мірою орієнтовані на міжнародні вимоги, але мають і значні національні відмінності, виходячи з особливостей структури і досвіду стандартизації та сертифікації радянського періоду. У той же час за даними СанПіН немає жодного сертифікованого «Органік-виробника».

У зв'язку з тим, що в Україні поки ще не прийнятий закон про біовиробництво, в країні немає правил, згідно з якими здійснювалась би сертифікація виробників біопродукції. Таким чином, на сьогоднішній день органи сертифікації орієнтуються на європейські правила сертифікації та маркування.

Але чи так бездоганні за своїм складом біопродукти? У звіті «Consumer Union Research Team Shows: Organic Foods Really DO Have Less Pesticides», опублікованому в 2002 році, вказувалося на те, що вміст залишків пестицидів в біопродуктах складав 30% від їх вмісту в традиційних продуктах, проте повної їх відсутності не відзначалося, крім того, ця різниця практично стирається при перевищенні терміну придатності продуктів.

Існує також небезпека, що обумовлена природними забруднювачами, такими, як комахи або мікроскопічні грибки. Наприклад, ймовірність зараження біо-кукурудзи мікотоксинами в десять разів вища, ніж у нечутливих до мікотоксинів генетично модифікованих сортів.

Крім того, не існує свідчень того, що між органічною їжею і їжею, виробленою традиційними методами, є різниця в харчовій цінності, як факт сприятливого впливу органічної їжі на здоров'я. Що стосується вітамінів, а також інших корисних речовин, то тут, всупереч існуючим уявленням, значущих для здоров'я людини відмінностей виявлено не було.

Таким чином, на сьогоднішній день органічна їжа не більш корисна і безпечна для здоров'я людини, ніж звичайна, стверджують фахівці зі Стенфордського університету (США), проаналізувавши 240 публікацій, присвячених біопродуктам, починаючи з 1966 року. Враховуючи вищевикладене, слід зазначити ряд невирішених проблем, пов'язаних з розширенням асортименту біопродуктів – як гігієнічних (питання сертифікації), так і соціальних (ціни на ці продукти часто необґрунтовано високі, а їх якість не завжди відповідає існуючим вимогам), що обумовлює актуальність даної проблеми і потребує нових підходів щодо її вирішення.

В.В.Околова

ГІГІЄНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОВКІЛЛЯ У ДІЯЛЬНОСТІ САНІТАРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ КАТЕРИНОСЛАВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ (КІНЕЦЬ XIX - ПОЧАТОК XX СТ.)

Кафедра загальної гігієни

Вдосконалення та прогрес системи охорони здоров'я населення сучасної України, в тому числі її профілактичного напрямку, вимагає аналізу історичного досвіду і застосування перевірених часом норм та методів профілактичної медицини.

Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється підвищенням уваги до проблеми розвитку санітарії та профілактичної спрямованості земства, що є закономірним явищем в умовах незалежної України, яке в історичному минулому, входячи до складу Російської імперії, стояло у витоків зародження санітарної справи та її профілактичного напрямку.

Мета роботи – на основі доступних літературних джерел, архівних даних, результатів єдиного в Україні дисертаційного дослідження здобувача кафедри, практичного лікаря З.Г.Гужви охарактеризувати становлення та розвиток лабораторних досліджень навколишнього середовища в діяльності санітарної організації Катеринославської губернії.

Період активного становлення санітарного земства, у другій половині XIX та на початку XX століть, як прогресивного явища в суспільстві, віддзеркалив процес великого перелому в галузі медичної науки, перехід від старої емпірії до наукової медицини у тому числі в галузі вивчення чинників довкілля та їх впливу на організм людини у тісному взаємозв'язку.

Так, архівні документи дозволили провести аналіз статистичної обробки результатів гігієнічних досліджень факторів навколишнього середовища, виконаних Катеринославською міською хімічною лабораторією за 1896-1915 роки, які зберігаються в архівах Дніпропетровського державного історичного музею, Національної гірничої академії України та Дніпропетровської медичної академії. Дослідження продуктів харчування, води Дніпра та криниць, стічних вод, ґрунту виконувались з часу відкриття хімічної лабораторії (1896 р.), а інші – з початку 1900 року: харчових отруєнь (1900), повітря приміщень (1901), мікробіологічні (1904), біосередовища (1915).

Встановлено також, що розвиток наукових основ гігієни та санітарії в Катеринославській губернії розпочав свій відлік з земської санітарії та досяг значних успіхів завдяки високому рівню організації земства, яке створило передову в Росії систему санітарної служби, головним чином, зусиллями провідних ідеологів земської санітарії Катеринославщини – лікарів П.Н.Бойченко, В.Т.Скрильнікова, О.І.Яворського, О.М.Марзєєва, А.А.Кнотте та ін.

Особливістю діяльності санітарно-епідеміологічної служби Катеринославського земства, яка на початку XX ст. являла собою сформовану систему (губернські, повітові і дільничні ради, санітарні бюро), став її перехід від описового методу діяльності до наукового обґрунтування проблем санітарного благополуччя населення, кількісних методів дослідження чинників довкілля та оцінки їх впливу на громадське здоров'я.

Даний історичний період характеризувався створенням орієнтовних приблизних гігієнічних нормативів щодо продуктів харчування, питної і стічної вод, ґрунту, а також розширенням бактеріологічних досліджень, чому сприяло відкриття земством у березні 1913 року Катеринославського бактеріологічного інституту з мікробіологічним, сироватковим та пастерівським відділенням і першим в Україні санітарно-гігієнічним відділом, чого не було в аналогічних інститутах Києва, Одеси і Харкова.

Дане дослідження дозволило вивчити складний шлях санітарної служби Дніпропетровщини – від санітарного земства Катеринославської Губернії до сьогодення, виокремити основні його етапи, а також визначити значення та питому вагу лабораторних гігієнічних досліджень у повсякденній діяльності санітарної організації Катеринославського земства.

Н.М.Онул, Є.В.Гладченко, Г.В.Ільєва, А.В.Кузюк

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТАЛІВ У МАКРО- ТА НАНОФОРМАХ НА ЕМБРІОГЕНЕЗ ЩУРІВ

Кафедра загальної гігієни

Одним з актуальних завдань сучасності є боротьба з техногенним забрудненням навколишнього середовища. Без перебільшення можна сказати, що від вирішення цього завдання залежить доля людства, оскільки його здоров'я, в першу чергу репродуктивне, безпосередньо залежить від рівня забруднення довкілля, у тому числі важкими металами (ВМ).

У сучасних умовах дана проблема посилюється широким впровадженням у виробничу та побутову діяльність нових технологій, зокрема нанотехнологій і нанометалів. Нанометали - це метали, які відрізняються від звичайних металів дуже малим розміром - менше 100 нм, що надає їм нових властивостей.

У сучасній літературі представлені переважно дані про вплив високих доз ВМ на ембріональний розвиток. У той же час токсикологічних досліджень з виявлення впливу низьких доз ВМ на ембріогенез, а також у площині порівняльних аспектів токсичності макро- і наноформ металів вкрай мало.

Тому метою нашої роботи була оцінка впливу низьких доз металів у макро- і наноформах на ембріональний розвиток в умовах лабораторного експерименту на щурах, а також дослідження порівняльних аспектів їх токсичності.

Співробітниками кафедри загальної гігієни ДЗ «ДМА» розроблений і проведений експеримент з вивчення впливу низьких доз ВМ на ембріональний розвиток. На всіх етапах експериментальних досліджень активну участь брали студенти - члени студентського наукового товариства кафедри.

Для проведення досліджень з вивчення ембріотоксичної дії ВМ було використано 100 самок щурів лінії Wistar з початковою масою 150-180 г віком 2,5-3 міс. В експериментальних дослідженнях використані методичні підходи, що відповідають Європейської конвенції із захисту хребетних тварин, що використовуються в експериментальних та інших наукових цілях.

На підготовчому етапі (12 днів карантину) вивчали загальний стан тварин - спостереження за загальним самопочуттям, динамікою маси тіла, краніокаудальних розмірів і ректальної температури. Крім того досліджували естральний цикл у самиць щурів методом взяття піхвових мазків. Тварин зі стійким ритмом естрального циклу в стадії проєструс і еструс парували з інтактними самцями за схемою 2:1. Перший день вагітності визначали за наявністю сперматозоїдів у вагінальних мазках.

Проведено 3 серії експерименту. Було сформовано 7 груп тварин (по 8-9 вагітних самиць у групі), 6 з яких – експериментальні, 1 – контрольна. Тваринам вводили препарати ізольовано - ацетат свинцю і наносвинець в дозі 0,05 мг/кг маси тіла, хлорид цинку і наноцинк в дозі 1,5 мг/кг маси тіла, а також у комбінації – свинець-цинк і свинець-наноцинк в аналогічних концентраціях. Вибір саме цих металів в якості досліджуваних сполук обумовлений їх широким розповсюдженням в об'єктах навколишнього середовища при різноспрямованих токсикологічних і фізіологічних впливах - на тлі надмірного вмісту свинцю в організмі населення в умовах промислового регіону спостерігається дефіцит цинку, особливо у вагітних, що доведено багаторічними дослідженнями співробітників кафедри загальної гігієни ДЗ «ДМА» під керівництвом професора Е.М.Білецької. Дози металів, відповідно до принципів токсикологічних досліджень, збільшені у 10 разів порівняно з їх добовим надходженням. Контрольна група одержувала дистильовану воду. Досліджувані речовини вводили самкам внутрішньошлунково через зонд одноразово, з 1 по 19 день вагітності. При цьому, як і на підготовчому етапі, вивчали показники загального стану тварин. На кінцевому етапі дослідження проводили декапітацію тварин під тіопенталовим наркозом і взяття матеріалів для виконання подальших морфологічних, токсикологічних та біохімічних досліджень.

Результати вивчення загального стану тварин вже на даному етапі досліджень дозволили виявити певні особливості впливу низьких доз ВМ на самок щурів при вагітності. Так, в усіх дослідних групах виявлено різного ступеня зниження як абсолютних, так і відносних показників приросту маси тіла вагітних самок порівняно з інтактними тваринами, що обумовлено зниженням кількості або маси плодів. Досить показовою виявилася динаміка ректальної температури. Тільки в контрольній групі тварин протягом всього терміну вагітності спостерігалось фізіологічне зниження температури тіла, яка наприкінці вагітності виявилася на $0,61^{\circ}\text{C}$ достовірно нижчою порівняно з вихідним значенням.

Дуже показовими виявилися й дані макроскопії. Так, кількість жовтих тіл в яєчниках дослідної групи, що одержувала свинець, істотно нижча, ніж у контрольній групі і групах, які отримували препарати цинку у звичайній і наноформах, а також наносвинцю. Крім того, вже при макроскопії рогів матки помітно вплив свинцю на кількість плодів у посліді, що підтвердилося даними математичного аналізу. Так, середня кількість плодів у посліді групи, яка отримувала свинець, знизилася на 17% і склала $7,5 \pm 0,53$ проти $9,0 \pm 0,4$ у групі контролю. При цьому зменшилась не тільки загальна кількість плодів, але і їх морфометричні параметри.

Таким чином, у ході експерименту отримані дані про вплив низьких доз ВМ в макро- і наноформах на організм вагітних та ембріогенез щурів, які виявилися показовими вже при макроскопії внутрішніх органів щурів і плодів. На сьогодні тривають дослідження отриманих матеріалів, з використанням методів статистичного аналізу, мікроскопії та біохімічного аналізу вмісту ВМ в органах самок і плодів, що дозволить зробити висновки про ембріотоксичність досліджуваних ВМ та дослідити порівняльні аспекти впливу макро- і наноформ металів на організм вагітних і плодів.

Н.М.Онул, Д.М.Романуха, М.О.Холод, М.Ю.Рудиченко

НАНОТЕХНОЛОГІЇ – ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра загальної гігієни

Поняття «нанотехнології» міцно входить в усі аспекти життя сучасної людини, у тому числі в медицину. Вивчивши доступні вітчизняні та зарубіжні публікації (17 джерел) була поставлена мета - проаналізувати аргументи «за» і «проти» широкого впровадження нанотехнологій у медичну практику.

Нанотехнології (НТ) – сукупність методів і процесів цілеспрямованого створення, отримання та використання речовин і матеріалів у нанометровому діапазоні (до 100 нм), які мають особливі властивості. Завдяки унікальним властивостям НТ належать до найбільш перспективних технологій, які відкривають широкі перспективи в отриманні матеріалів з принципово новими корисними характеристиками для використання в усіх сферах діяльності людини.

Так, у медицині наночастинки мають перспективу застосування в ультрачутливому визначенні біомолекул, діагностичній візуалізації, для фотодинамічної терапії, фототермічного лікування, цільової доставки лікарських речовин до органів-мішеней тощо.

Одним з основних напрямків НТ в медицині є створення мікропристроїв, які могли б працювати всередині людського організму, так званих біороботів. Ціла галузь науки - біотехнологія займається використанням існуючих організмів як основи для створення біороботів, в якості яких можуть виступати віруси, клітини тощо. Так, різноманітні роботи-віруси здатні розпізнавати клітину певного типу, що знаходиться в певному стані. Залежно від конкретної ситуації такий робот-вірус зможе знищити цю клітину (наприклад, збудника захворювання) чи ввести в неї необхідні молекули ДНК або РНК - аж до повної заміни пошкодженого генетичного матеріалу. Клітини-роботи в організмі людини здатні цілеспрямовано переміщуватися, іноді на великі відстані, знищувати інші клітини або, навпаки, вбудовуватися в пошкоджені тканини на місце загиблих.

Фармацевтичне використання НТ, в основному, пов'язане з наноліпосомами. Наноліпосоми – двошарові ліпідні бульбашки розміром 30-100 нм, що не змінюють нанорозмір протягом усього періоду зберігання і використання та містять у собі фармацевтичні речовини. Вихід інкапсульованих компонентів здійснюється за певних умов в організмі (рН, ферменти тощо). Спектр використання передбачає лікування у випадках вірусних, онкологічних, серцево-судинних, нейродегенеративних, стоматологічних хвороб.

Проте, широке впровадження НТ викликає занепокоєння в зв'язку з потенційним ризиком наноматеріалів, і, насамперед, наночасток для здоров'я людини та оточуючого середовища. У цьому аспекті надзвичайно актуальним постає питання нанобезпеки. Європейська конвенція «Нанотехнології: критична галузь в професійній безпеці та здоров'ї» (2007 р.) констатувала той факт, що досвід людства у використанні наночасток досить малий, а можливий вплив комплексу їх властивостей на людський організм поки що мало вивчений. Тому до НТ необхідно застосовувати принцип перестороги та забезпечувати жорсткий контроль за безпечністю наночасток на усіх етапах їх виробництва та використання.

Тому поряд з нанотехнологією активно розвивається нанотоксикологія – наука, що займається вивченням токсичності наноматеріалів. Питання нанотоксичності неоднозначне та багатогранне. Пріоритетним напрямом нанотоксикології є встановлення нових стандартів для хімічної характеристики наночасток і оцінка їх біологічних ефектів для тестування регуляторної токсичності.

Активне впровадження наноматеріалів у клінічну медицину вимагає глибокого знання потенційних ризиків і побічних ефектів, пов'язаних з використанням цих матеріалів. Виробничі цикли, спрямовані на створення нових наноматеріалів, також можуть супроводжуватись нагромадженням відходів, що спричинить токсичну, канцерогенну і мутагенну дію на організм людини. Наноматеріали, створені навіть з інертних сполук, таких як золото, стають високоактивними у нанометровому діапазоні. Токсичні ефекти наночастинки можуть проявлятися навіть у тому випадку, коли більші частинки даної сполуки не є токсичними.

Про вплив наночастинок на живі організми відомо, що вони абсорбуються і не виводяться з живих клітин, змінюючи ДНК, можуть викликати генетичні порушення, здатні пошкоджувати біомембрани, порушувати функції біомолекул, утворюють сполуки з білками крові і легко проникають в усі органи, навіть долають енцефалогематологічний бар'єр, потрапляючи в мозок.

Токсичність наноматеріалів безпосередньо пов'язана з їх розмірами, а значить, з укראй високою питомою площею, яка обумовлює високу хімічну активність і високу здатність до проникнення в організм - чим менший розмір матеріалу, тим більша його питома площа і тим вищий ступінь токсичності.

Таким чином на основі аналізу літератури, можна зробити наступні висновки:

1. Нанотехнології - символ майбутнього, можливості їх використання, в тому числі у медицині, практично невичерпні.
2. Хіміко-фізичні властивості наночасток детермінують широкий спектр медико-біологічних ефектів в організмі людини внаслідок високої проникливості та прямої дії на внутрішньоклітинні структури.
3. Враховуючи інтенсивне зростання темпів споживання у народному господарстві, наночастинки посядуть чільне місце в якості поллютантів. А тому пріоритетним завданням нанотоксикології є формування вітчизняної системи нанобезпеки та вирішення безлічі питань, пов'язаних з нанотехнологіями і їх впровадженням у медичну практику.

Ю.Д.Панасевич, В.О.Светлов

КЛІНІКО-ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА

Кафедра загальної гігієни

За даними ВООЗ в сучасних умовах аліментарне ожиріння стало одним з найпоширеніших хронічних захворювань – «глобальною епідемією неінфекційного характеру», що охоплює населення практично всіх країн Світу. На сьогоднішній день кількість людей з надмірною масою тіла перевищує 1 млрд., що становить близько 15% населення планети. Аналогічна ситуація спостерігається і в Україні, де кожна четверта жінка і кожен шостий чоловік мають надмірну масу тіла або страждають ожирінням. При цьому спостерігається чітка тенденція до щорічного збільшення питомої ваги людей з надмірною масою тіла.

У зв'язку з такою несприятливою ситуацією серед населення протягом останніх десятиліть для боротьби з надмірною масою тіла та ожирінням стало популярним широке застосування дієтичних добавок (ДД), які б у короткі терміни та без надмірних зусиль допомогли нормалізувати масу тіла. У той же час, крім бажаного ефекту, багато ДД характеризуються побічними, досить шкідливими для організму властивостями, інформацію про які фармацевтичні компанії часто замовчують. Поглиблене вивчення вітчизняних і зарубіжних даних з цієї проблеми (37 літературних джерел) дозволило виокремити та охарактеризувати основні клініко-гігієнічні аспекти проблеми неконтрольованого вживання ДД населенням.

Перш за все слід зазначити, що ДД до харчових раціонів - це концентрати біологічно активних речовин, отримані з натуральних продуктів або синтезовані хімічним (біотехнологічним) способами, що випускаються у вигляді таблеток, капсул, порошків, бальзамів і настоїв.

ДД діляться на дві групи – нутрицевтики і парафармацевтики:

1. нутрицевтики являють собою необхідні організму речовини: макро- і мікроелементи, поліненасичені жирні кислоти, незамінні амінокислоти, моно- і дисахариди, харчові волокна. Нутрицевтики виробляються з використанням харчових, а не фармацевтичних технологій;

2. парафармацевтики – біологічно активні речовини, що володіють певною фармакологічною активністю і застосовуються для профілактики, допоміжної терапії та підтримки функціональної активності окремих систем організму. Це біофлавоноїди, алкалоїди, глікозиди, сапоніни, органічні кислоти, ефірні масла, полісахариди. Вони схожі з лікарськими препаратами. У виробництві таких речовин вже використовуються фармацевтичні технології. Саме до парафармацевтиків відносяться ДД, що сприяють зменшенню сумарної енергетичної цінності раціону або знижують апетит, що дозволяє застосовувати їх для лікування і профілактики аліментарного ожиріння.

На ринку України представлені близько 30 вітчизняних і зарубіжних фармацевтичних компаній і понад 250 найменувань комерційних продуктів для зменшення маси тіла. Однак на даний час не існує харчових добавок для зменшення маси тіла, які відповідали б критеріям використання – ефективності, безпеки і якості.

На упаковці ДД часто фігурує не повна інформація про дію того чи іншого засобу, а викладені лише функції окремих його інгредієнтів. Крім того досить часто фірмами-виробниками не вказується точний вміст певних компонентів ДД.

У ряді досліджень було встановлено, що до складу подібних дієтичних добавок входять інгредієнти у кількості, достатній для незворотної зміни систем обміну речовин. Так хітозан, сполучена ліноленова кислота, гуарова камедь – блокують засвоєння харчового жиру. Разом з тим вони можуть викликати діарею або запор, метеоризм і інші шлунково-кишкові розлади.

Сибутрамін, що входить до складу деяких ДД до їжі, забезпечує швидкий ефект зниження маси тіла за рахунок впливу на ділянки головного мозку і центральну нервову систему. Речовина має подвійний ефект: підвищує відчуття насичення після їжі і збільшує тепловіддачу

організму. Володіє і побічною дією - може викликати психози та інші психофізіологічні відхилення в організмі.

Деякі ДД містять заборонені (допінгові) речовини – амфетаміни, анаболічні стероїди, сечогінні засоби тощо, причому далеко не завжди наявність такого роду компонентів офіційно декларується виробником і вказується на етикетці. У зв'язку з цим останнім часом почастишали випадки міжнародних «допінгових скандалів» зі спортсменами високої кваліфікації, які використовували такі ДД.

Таким чином, проблема безпечності і ефективності використання ДД для корекції маси тіла на сьогоднішній день залишається досить актуальною та має ще багато невирішених аспектів, серед яких важливим є проведення попередньої експертизи вказаних ДД, загальна схема якої включає: ідентифікацію діючих компонентів; визначення хімічного складу; санітарно-хімічних і санітарно-мікробіологічних показників безпеки; токсикологічну оцінку, яка включає аналіз загальної токсичності і, за необхідності, окремих ефектів, а також попередню оцінку ефективності застосування в експерименті на тваринах; обов'язкове вивчення клінічної ефективності в натурних спостереженнях в умовах лікувально-профілактичних установ.

В.В.Пустовая, Т.Н.Пающик

ТЕХНОГЕННОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ВЛИЯНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра общей гигиены

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), определяя критерии качества жизни, поставила «фактор воды» на первое место, так как 80% заболеваний передается через воду, от них на планете ежегодно умирают 25 млн. человек. Вода содержит сотни тонн тяжелых металлов техногенного происхождения, которые попадают в нее ежегодно, а также до 13 тысяч других потенциально токсичных элементов, среди которых: радиоактивные загрязнители, неорганические вещества, хлорорганические соединения, синтетические удобрения и ядохимикатная масса токсических соединений и микроорганизмов. Все эти загрязнители оказывают неблагоприятное влияние на здоровье людей, в том числе на репродуктивную функцию. В этом аспекте особенно неблагоприятное действие тяжелых металлов, что изучалось нами по данным литературных источников, а также в контексте научно-исследовательской работы кафедры.

Тяжелые металлы опасны тем, что способны к биоаккумуляции, которая усугубляется в пищевой цепи, приводя к биоконцентрированию (металлы удерживаются и накапливаются в тканях, как в фильтре, превышая концентрации во внешней среде в десятки тысяч раз). Ситуацию осложняют синергические эффекты.

Особое место занимает неблагоприятное действие тяжелых металлов на чувствительную к ним генеративную систему человека, что проявляется в снижении рождаемости, бесплодии, выкидышах, осложнениях течения беременности и родов, на патологии и пороках развития новорожденных, прежде всего для регионов повышенного техногенного загрязнения, что доказано многолетними исследованиями сотрудников кафедры общей гигиены под руководством проф. Э.Н.Белецкой.

Действие на организм тяжелых металлов в малых концентрациях проявляется в ухудшении функциональной деятельности половых желез, нарушении оплодотворения, повышении уровня хромосомных aberrаций в лимфоцитах периферической крови.

По результатам исследований кафедры, а также данным литературы, с воздействием свинца на организм связана патология крови, особенно анемия, нарушения репродуктивной функции у мужчин, увеличение частоты самопроизвольных абортів и преждевременных родов

у женщин, уменьшение веса новорожденных детей и появление у них невралгических нарушений.

Поступление повышенных доз кадмия с питьевой водой в организм может привести к тератогенным, мутагенным и канцерогенным эффектам. Вредное влияние кадмия на организм проявляется при употреблении воды с содержанием этого металла 0,01 мг/л при ПДК 0,001 мг/л.

Ртуть обладает нейротоксическим, нефро- и гепатоксическим действием на организм, вызывает эмбриотоксическое и мутагенное действие, отрицательно влияет на эндокринную систему и репродуктивную функцию организма.

Под отдаленными последствиями влияния тяжелых металлов на организм следует понимать развитие патологических процессов и состояний у индивидуумов, имевших контакт с химическими загрязнениями среды обитания в, в том числе питьевой воды, в отдаленные сроки их жизни, а также в течении жизни их потомства. К нему относятся гонадотропное, эмбриотоксическое, канцерогенное, мутагенное действие.

Многолетними исследованиями кафедры общей гигиены ГУ «ДМА» установлено, что постоянное поступление с водой и другими путями тяжелых металлов (например, свинца и кадмия) в концентрациях, не превышающих предельно допустимые, тем не менее формирует высокие их значения в индикаторных биологических субстратах – крови, моче, плаценте, молоке – как следствие длительного накопления в организме. А это повышает риск патологии репродуктивной функции у женщин, ухудшает показатели морфофункционального развития новорожденных, интеллектуального и психического развития детей в дальнейшем.

Генеральная Ассамблея ООН объявила 2005-2015 года международным десятилетием «Воды для жизни». Кабинет Министров Украины, учитывая тот факт, что украинцы употребляют самую загрязненную воду в Европе, - утвердил перечень национальных проектов по приоритетным направлениям социально-экономического развития государства. К утвержденному перечню вошел Национальный проект «Якісна вода» по обеспечению населения Украины качественной питьевой водой.

Таким образом, анализ результатов исследований кафедры и данных литературы позволил сделать вывод о том, что тяжелые металлы относятся к наиболее опасным распространенным антропогенным загрязнителям питьевой воды, которые ухудшают ее качество и отрицательно влияют на здоровье населения и его репродуктивную функцию даже в низких концентрациях. Несмотря на то, что в большинстве случаев содержание тяжелых металлов в воде промышленных территорий, в частности Днепропетровской области, находится в пределах гигиенических нормативом (ПДК), наблюдается тенденция к постепенному увеличению их концентраций в водозаборах, а также существенное превышение фонового уровня, что свидетельствует о техногенном происхождении этих элементов и их потенциальной опасности для здоровья населения промышленных территорий, в том числе и репродуктивного.

А.А.Теличко, Ю.В.Сафроненко

ПРОФИЛАКТИКА С-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЧНОГО СОСТАВА ВОИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941-1945 ГГ. (ПОСВЯЩАЕТСЯ 68-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ)

Кафедра общей гигиены

Широко известен факт о том, что в период всех войн, предшествовавших Великой Отечественной (ВОВ), потери от цинги (С-авитаминоза) существенно превышали боевые потери. Проработка 23-х отечественных и зарубежных источников, а также ряда военных мемуаров советских историков и гигиенистов определили цель работы: показать роль советских медиков в

профилактике одного из самых серьезных и опасных авитаминозов в тяжелейших условиях военных действий.

Многочисленные работы отечественных и зарубежных биохимиков, среди которых пальма первенства принадлежит американскому ученому Лайнусу Полингу, доказывают роль аскорбиновой кислоты (вит. С) как в поддержании реактивных, защитных функций организма, так и в предотвращении повышенной кровоточивости сосудистых стенок, повышении устойчивости организма к простудным инфекциям, в повышении дезинтоксикационной функции печени и др. важнейших для организма свойств.

Опыт всех прошлых войн в отношении распространения авитаминозов и борьбы с ними был самый неблагоприятный. Так, в годы первой мировой войны заболеваемость цингой в русской армии была выше заболеваемости брюшным тифом в 3 раза и в 2 раза выше заболеваемости дизентерией. По свидетельству хирурга Горвье в 1916-1917 гг. цингой страдали до 95% личного состава французских воинских частей. Исходя из этого, в годы крупномасштабной, маневренной и длительной ВОВ особое значение приобретает предупреждение не только эпидемий, но и авитаминозов, прежде всего авитаминоза С, как среди личного состава войск, так и в тылу страны.

Основу профилактики авитаминозов, в том числе цинги, в Советской Армии составляла строго соблюдавшаяся система продовольственного снабжения войск.

Исключительно важная роль в обеспечении витаминной полноценности солдатской пищи принадлежала местным заготовкам картофеля и овощей.

На Ленинградском, самом сложном фронте, по данным З.М. Аграновского, удалось повысить количество витамина С в готовой пище до 65 % по отношению к исходным продуктам. В то же время существовала реальная угроза значительных потерь витаминов в готовой пище. Исследованиями Б.А. Лаврова было установлено, что картофель, сваренный в кожуре, при хранении без отвара в течении 24 часов полностью сохраняет витаминную активность. Д.И. Лобановым были разработаны способы приготовления пищи из мороженого картофеля без потери вкусовых свойств и при почти полном сохранении витаминной активности. К дополнительным источникам витаминов относились различные растения: лебеда, крапива, ботва огородных растений, а также растения для приготовления витаминных настоев (хвоя, шиповник и др.).

Важной проблемой, связанной с профилактикой авитаминозов, было определение суточной потребности прежде всего витамина С. Вначале дозой, предупреждающей развитие цинги, считалась суточная норма в количестве 20 мг – «человекодоза». Но вскоре эта норма была пересмотрена и суточная профилактическая доза витамина С была установлена в количестве 50 мг, в виде таблеток или драже. В дальнейшем компетентная комиссия (председатель – выдающийся витаминолог А.В. Рейслер) разработала инструкцию и таблицу суточной потребности в витаминах не только для личного состава войск, но и для всего населения страны.

Заключение. Таким образом, опыт Великой Отечественной войны опроверг установившиеся ранее взгляды на авитаминозы, как неизбежную в ходе военных действий заболеваемость. Этот опыт может служить примером высокой эффективности и действенности профилактических мер в борьбе с цингой и другими авитаминозами в труднейшие периоды для страны.

ІНФЕКЦІЙНІ, ШКІРНІ ТА ВЕНЕРИЧНІ ХВОРОБИ

А.А.Баранова, О.М.Якунина

ДИАГНОСТИКА И РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ЛЯМБЛИОЗНЫХ ДУОДЕНИТОВ

Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. Самым распространенным протозоозом во всем мире является лямблиоз (*Giardia lamblia*). В 2011 г в России зарегистрировано 77 458 случаев (54,22 на 100 тыс. населения). Среди заболевших около 70% составляют дети, показатель заболеваемости в РФ детей в 2011 г. составил 203,8 на 100 тыс. детей до 17 лет. Наличие высокого риска заражения цистами лямблий подтверждается результатами санитарно-паразитологических исследований воды, смывов. Так, в 2011 г. в «централизованной воде» были обнаружены цисты лямблий – 0,07 %, в воде плавательных бассейнов – 0,02 %, в смывах – 0,003 %. Таким образом, экстраполируя эти данные на Украину можно предполагать распространенность и значимость лямблиозной инфекции для общественного здравоохранения нашей страны.

Цель работы. Улучшить диагностику и терапию лямблиозных дуоденитов на основе клинического анализа случаев данной инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализа историй болезней и амбулаторных карт пациентов (n=92), г. Днепропетровска и области. Диагноз лямблиоза устанавливался на основании клинико-эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных анализов: копроцитограмма, определение специфических антител и/или копрантигена методом ИФА. Среди больных лямблиозом лица старше 18 лет составили 9 (9,8%) человек. В группу наблюдения были включены лица без нарушений иммунного статуса.

Результаты и их обсуждение. Проявления лямблиоза было разнообразным, однако в 100% случаев пациенты отмечали «абдоминальный дискомфорт» в виде: болей, тошноты, эпизодов редкой рвоты, чувство тяжести, вздутие и диарею. Особенностью лямблиозной инфекции у детей было более частое возникновение водянистой диареи длительностью более 2-х недель, невысокой лихорадки и снижением индекса трофики, тогда как у взрослых чаще отмечался болевой синдром и метеоризм. Из внекишечных проявлений лямблиозного дуоденита у 78,3% пациентов отмечался астено-невротический синдром и у 2,2% больных высыпания. В связи с чем, необходимо подчеркнуть, что для лабораторной верификации имеющейся лямблиозной инфекции рациональней применять иммунохимические методы диагностики (ИФА), позволяющие определять антиген лямблий в кале для обоснованного назначения лечения, и объективной оценки результатов антипаразитарной химиотерапии.

На наш взгляд, серологические методы диагностики лямблиоза основанные на выявлении специфических иммуноглобулинов в крови следует применять для эпидемиологических исследований, т.к. после санации организма от *G. lamblia* антитела могут циркулировать на протяжении ещё 15 месяцев. В случае иммунодефицита (ВИЧ, облучение, гипо- или агаммаглобулинемия), или хронических заболеваний (муковисцидоз, хронический панкреатит, ахолгидрия) формируется носительство *G. Lamblia* и развитие хронической диареи. В химиотерапии лямблиозных дуоденитов нами использовались препараты фуразолидон, метронидазол и тинидазол. Следует отметить, что частота эрадикации *G. lamblia* и ятрогенных реакций для всех видов указанных препаратов была одинаковой.

Выводы

1. Лямблиозный дуоденит, в отличие, от иных кишечных инфекций характеризуется отсутствием лихорадки.
2. С целью лабораторной диагностики текущей лямблиозной инфекции следует использовать метод определения антигена *G. lamblia* в кале (копроантиген) методом ИФА.
3. В терапии лямблиозного дуоденита у иммунокомпетентных пациентов нет необходимости в назначении иммуномодуляторов, пробиотиков и пр., достаточно использовать один курс антипаразитарных химиопрепаратов.

И.В.Безпалюк, Л.Р.Шостакович-Корецкая

**ПРОТИВОВИРУСНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
КОМПЕНСИРОВАННЫМ HCV-ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (КЛАСС А ПО
КЛАССИФИКАЦИИ ЧАЙЛД-ПЬЮ)**

Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. Ежегодно 3-4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С (HCV). Около 150 миллионов человек хронически инфицированы и подвергаются риску развития цирроза печени и/или рака печени. Официально считается, что Украина относится к группе стран со средним уровнем распространенности HCV-инфекции, где число зараженных составляет 3% населения. Особенностью HCV-ассоциированного цирроза печени является возможность регрессии фиброзного процесса под влиянием комбинированной химиотерапии. Таким образом, представления опыта терапии пациентов с хронической формой HCV-инфекции на продвинутой стадии фиброза печени являются актуальным с научно-практической точки зрения.

Цель работы улучшить менеджмент пациентов с HCV-ассоциированным компенсированным циррозом печени.

Материалы и методы. Группу наблюдения состояла из 9 пациентов, страдающих HCV-ассоциированным компенсированным циррозом печени класс А по классификации Чайлд-Пью (Child- Pugh). Кроме того, всем пациентам перед началом терапии был определен полиморфизм гена IL28b, оценена вирусная нагрузка количественным методом ПЦР, выполнено исследование - фибротест, так же 4 больным было проведено фибросканирование. У всех пациентов, вошедших в группу наблюдения была исключена ко-инфекция ВИЧ, хронические соматические заболевания, опухоли, алкоголизм и употребление на момент лечения наркотиков. Всем больным проводилась стандартная комбинированная химиотерапия рекомбинантным пегилированным интерфероном подкожно 1 раз в неделю в сочетании с ежедневным приемом рибавирина (1200 мг/сут. в 2 приема) внутрь, с планируемой продолжительностью лечения 48 недель, при условии «успеха терапии» и отсутствия ятрогений.

Результаты и их обсуждение. У 6 (66,6%) пациентов с полиморфизмом гена IL28b - C/C (rs12979860) и T/T (rs8099917) через месяц противовирусной химиотерапии был получен ранний вирусологический ответ (РВО). В последующем у 4 (44,4%) пациентов с полиморфизмом гена IL28b - C/C (rs12979860) и T/T (rs8099917) имелось формирование устойчивого вирусологического ответа (УВО) на проведенную химиотерапию. У пациента с аллелем T/T (rs8099917) в гене IL28b на 8 месяце химиотерапии произошел «вирусологический прорыв». У двух лиц (22,2%) с наличием замены аллеля C>T (rs12979860) в гене IL28b был получен РВО, но в последующем после трех месяцев химиотерапии также отмечен «вирусологический прорыв», что заставило пациентов через несколько месяцев отказаться от дальнейшего продолжения химиотерапии. У пациента с генотипом G/T в гене IL28b через месяц химиотерапии отсутствовал вирусологический и биохимический ответ, что заставило пациента на третьем месяце противовирусной терапии отказаться от дальнейшего лечения. Все пациенты вне зависимости от успеха

химиотерапии после третьего месяца лечения имели разнообразные ятрогении, требовавшие назначения препаратов «сопровождения». У всех пациентов на фоне химиотерапии имелись различные психо-эмоциональные нарушения, у половины возник цитопенический синдром, четверть пациентов имели дерматологические проблемы. По завершению терапии у всех пациентов вне зависимости от успеха химиотерапии ятрогенные реакции купировались.

Выводы

1. Пациенты с HCV-ассоциированным компенсированным циррозом печени (класс А) с благоприятными аллелями в гене IL28b под влиянием комбинированной химиотерапии могут достигать УВО.
2. Относительно низкий «успех химиотерапии» обусловлен формированием цирроза печени, что ещё раз подчеркивает максимально раннее проведение (до цирроза!) противовирусного лечения.
3. Пациентам с неблагоприятными генотипами в гене в гене IL28b следует воздержаться от «двойной химиотерапии» и рекомендовать «тройную химиотерапию».

А.Е.Калиневич, З.О.Чикаренко

СИНДРОМ "ПАПУЛЬОЗНО-ПУРПУРНИХ РУКАВИЧОК І ШКАРПЕТОК" (PAPULAR - PURPURIC GLOVES AND SOCKS SYNDROME, PPGSS)

Кафедра інфекційних хвороб

До теперішнього часу встановлено шість екзантем, у частини яких верифіковано вірусну етіологію захворювання: синдром Джанотті-Крості, інфекційна еритема, раптова екзантема, Unilateral laterothoracic exanthema, Eruptive pseudoangiomatosis та STAR complex. При цьому, в Європі в 1990 р. в структурі парвовірусної інфекції B19 (PvI-B19), типовим проявом якої є інфекційна еритема, був описаний рідкісний синдром, що отримав свій акронім, виходячи з симптоматики і топіки ураження: «Синдром папульозно-пурпурних рукавичок і шкарпеток. Представляємо три власні клінічні спостереження "PPGSS-подібного" захворювання для обміну клінічним досвідом з метою підвищення якості диференціальної діагностики екзантем.

Представлення клінічних випадків. У період з 2007 по 2011 рік в клініку інфекційних хвороб звернулися три пацієнти з приводу незвично розташованого зливного висипу на долонях і стопах, яка не супроводжувалася ознаками інтоксикації, а також не реагувала на прийом антигістамінних препаратів. У епідеміологічному аспекті наших спостережень, усі випадки "PPGSS-подібного" захворювання припали на холодний сезон. Причому, в цей період в місті відзначався підйом захворюваності на інфекційну еритему. Проте, вказівок на прямий контакт наших пацієнтів з хворими на "екзантемні захворювання" впродовж трьох попередніх тижнів не було. В анамнезі у пацієнтів були відсутні генетичні або імунodefіцитні захворювання, а також повністю був виключений будь-який "токсидром". Усі пацієнти етнічно належали до кавказоїдної раси. Два з трьох пацієнтів були дітьми раннього віку, при цьому висип у них мав яскраво-червоний характер, і тільки у дорослого пацієнта висип мав ліловий відтінок, більш типовий для PPGSS. Ймовірно, ця клінічна особливість відтінку висипу обумовлена анатомо-фізіологічними відмінностями шкіри дітей. Слід зазначити, що в усіх пацієнтів з "PPGSS-подібним" захворюванням ознак гострого або загострення хронічного інфекційного процесу не було, що підтверджувалося відсутністю змін в загальному аналізі крові (обов'язково з визначенням числа ретикулоцитів і тромбоцитів), сечі та рівня С-реактивного протеїну. Крім того, у дітей для верифікації етіології "PPGSS-подібного" захворювання були проведені серологічні та молекулярно-біологічні методи обстеження на герпес-вірусні інфекції Епштейна-Барр і герпес-вірус людини 6 типу, що дали негативні результати. У дитини 3 років і молодій людині простежено катамнез, який показав, що захворювання завершилося повним одужанням без фази

пігментації або десквамації епітелію. Виходячи з того, що ПвІ-В19, як найбільш вірогідна причина РРГСС, є інфекцією, що самолімітується, було категорично виключено застосування будь-яких фармакологічних засобів. Встановлений "фармакологічний спокій" не впливав на природну маніфестацію. Також пацієнтам з "РРГСС-подібним" захворюванням не накладалися обмеження на контакти, дієту або гігієнічні процедури.

Висновки.

1. У пацієнтів з наявністю папульозно-еритематозного висипу, що локалізується на долонях, обов'язково слід оглядати стопи.
2. Відтінки підошовно-долонної екзантеми при "РРГСС" можуть бути різними, що може бути обумовлено віковими особливостями шкіри пацієнтів.
3. Враховуючи сприятливий прогноз "РРГСС" немає необхідності в призначенні будь-якої фармакотерапії та дискримінаційних заходів.

М.А.Погребняк, Д.Г.Башмаков

ОБ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Кафедра кожных и венерических болезней

Актуальность. Сложность этиопатогенеза очаговой склеродермии требует длительного лечения и наблюдения. Для этого дерматоза характерны в основном воспалительно-некротические изменения в подкожно-жировой клетчатке с выраженным нарушением микроциркуляции, но без явлений системного склероза. В течении патологического процесса выделяют три стадии, но наиболее длительно, иногда годы, наблюдается стадия склероза.

Цель и задачи. Повышение эффективности лечения больных очаговой склеродермией, с учётом факторов риска, состояния внутренних органов, клинических проявлений и клинко-лабораторных данных, назначение таким больным дифференцированной комплексной терапии, включающей системные и местные подходы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 18 пациентов старше 50 лет. Длительность заболевания от 1 до 5 лет. Все больные были разделены на две группы. В первой группе проводили стандартную терапию. Во второй группе – в сочетании с внутриочаговым введением Лидазы и глюкокортикоидов.

Факторы риска по данным обследования: стрессы, сахарный диабет, переохлаждение, простудные заболевания, введение лекарственных препаратов. Критерии верификации диагноза: жалобы, данные анамнезов (заболевания и жизни), объективного и локального статусов, общепринятых клинко-лабораторных исследований. Для исключения больных системной склеродермией использовали рекомендации Европейской противоревматической лиги. Патологический процесс на коже носил распространённый характер: множественные бляшки (от 5 до 7) диаметром 3-10 см в области кожи туловища и крупных складок, в центре которых выраженное уплотнение цвета слоновой кости, а по периферии фиолетовое кольцо, что свидетельствовало о прогрессирующем течении заболевания. Данные изменения были характерны для индуративной стадии дерматоза.

У больных второй группы кратность внутриочагового введения Лидазы составила до 10 раз, глюкокортикоидов 3-5 раз на курс лечения.

Результаты. В первой группе больных клиническое улучшение отмечалось через 25 дней у 76% больных, выраженное улучшение у 5%, без эффекта 19 %, сохранялись явления умеренного склероза в очагах поражения у всех пациентов. Во второй группе положительная динамика наблюдалась уже через 14 дней, выраженное клиническое улучшение у 88 % больных к 21 дню лечения; улучшение у 12% больных, причем явления склероза в единичных очагах.

Стойкая ремиссия - в течение двух лет наблюдения: при обследовании очагов атрофии не выявлено.

Заключение. Целесообразна комбинация стандартных препаратов (антисклеротических, антибиотиков, средств, улучшающих микроциркуляцию и др.) с внутриочаговым введением Лидазы и глюкокортикоидов, так как положительная клиническая динамика достигается быстрее, а ремиссия дольше. Значительно снижается риск развития атрофии в очагах поражения.

А.Е.Тихонов, А.В.Чергинец

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ КОКЛЮША

Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. Согласно статистике Централизованной информационной системы инфекционных заболеваний (ЦИСИЗ) европейского регионального бюро ВОЗ в 28 странах Европейского Союза (EU/EEA) в 2010г. было 13 964 подтвержденных случаев коклюша (3,87 на 100 тыс. населения). При этом самая высокая заболеваемость в странах EU/EEA имела место в Эстонии (95,44 на 100 тыс. населения), тогда как в Германии и Лихтенштейне коклюш вообще не регистрировался. В Российской Федерации по данным Роспотребнадзора в 2012 г. в сопоставлении с 2011 г. зарегистрирован рост заболеваемости коклюшем в 1,5 раза, что в абсолютных показателях составило 6322 случая (4,43 на 100 тыс. населения). Для сравнения, в Украине в 2008 г., согласно последним сведениям, представленным МЗ Украины в ЦИСИЗ, было 1025 больных коклюшем (2,23 случая на 100 тыс. населения).

Цель работы улучшить качество диагностики и лечения коклюша на основе анализа госпитальных случаев рассматриваемой инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни пациентов с клиническим диагнозом «Коклюш», находившихся на лечении в 2011-12 гг. в инфекционных стационарах г. Днепропетровска, Павлограда и Никополя. Диагноз ставился по совокупности жалоб, эпиданамнеза, данных объективного осмотра, а также результатов лабораторных и рентгенологических исследований. У 55 (48%) пациентов было проведено обследование с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Локусом для выделения ДНК *V. pertussis* было отделяемое слизистых дыхательных путей, полученное методом «заднеглоточного тампона».

Результаты и их обсуждение. У 90% пациентов диагноз устанавливался не ранее 2-й недели заболевания. При этом, у всех взрослых пациентов диагноз был установлен позже 3-й ($p<0,05$) недели болезни. Среди пациентов, имевших в анамнезе АКДС вакцинацию 95% ($p<0,05$) больных составили взрослые и дети старше 5 лет. По результатам ПЦР анализа ДНК *V. pertussis* было выделено у 41 (35,7%) пациента. Ни в одном случае не было совпадения результатов микробиологических посевов на коклюш и ПЦР-исследований. Фармакотерапия пациентов состояла из одного курса антибиотика класса макролидов и противокашлевого средства. Повторное назначение антибиотиков и замены противокашлевых средств, а также применение антигистаминных и иммуномодулирующих препаратов не имели преимуществ, и повышали риск ятрогений, и экономические затраты, что ещё раз подчеркивает необходимость вакцинации. Осложнения, связанные с коклюшем составили около 10%. Во всех случаях имело место полное клиническое выздоровление.

Выводы

1. Вакцинация является единственным эффективным средством профилактики коклюша, что обосновывает введение в календарь иммунопрофилактики ревакцинации против данной инфекции у старших детей и взрослых.
2. Применение молекулярных методов имеет преимущества перед стандартными методами лабораторной диагностики коклюшной инфекции.
3. Фармакотерапия коклюша имеет «ограниченные возможности», что обосновывает минимальный объем лекарственных назначений.

Т.В.Шинкаренко, В.В.Маврутенков

ОШИБКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ВАРИЦЕЛЛА-ГЕРПЕС ЗОСТЕР ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра инфекционных болезней

Ветряная оспа (ВО), являющаяся типичным вариантом первичной герпес-зостерной инфекции (ГЗИ), остается в Украине одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Так, по данным ВОЗ, при отсутствии вакцинации 80% детей до 10 лет переносят ВО, однако в экономически развитых странах около 25% взрослых остаются восприимчивы к ГЗИ. Кроме того, последствиями перенесенной ВО является риск реактивации ГЗИ, оцениваемый в 32%, с непредсказуемыми последствиями. При этом в возрасте старше 85 лет около 50% данного возрастного контингента будет страдать от опоясывающего герпеса. Неожиданно выяснилось, что ГЗИ является более частой причиной серозного менингоэнцефалита, чем даже вирус простого герпеса 1+2 типа, который обнаруживался у 29% больных с признаками мозговой комы. В связи с чем, знание о методах диагностики, лечения и профилактики ГЗИ, как для врачей общей практики, так и «узких» специалистов является необходимым условием для оказания квалифицированной помощи.

Цель работы. Повысить качество диагностики и лечения ГЗИ на основе клинического анализа случаев данной инфекции.

Материалы и методы. Исследования проводились в форме ретроспективного анализа историй болезней и амбулаторных карт пациентов (n – 312), г. Днепропетровска, Павлограда, Терновки и Никополя в период эпидемического сезона 2011-2012 гг. В структуре заболевших 56 (18%) пациентов были старше 18 лет. Существенных различий в гендерном составе пациентов с ВО за указанный период наблюдений не обнаружено.

Результаты и их обсуждение. ВО в зрелом возрасте представляется серьезным заболеванием, так среди 56 пациентов в возрасте старше 18 лет было госпитализировано 50 (89%) человек. В структуре осложнений ВО, особенно у взрослых, преобладали гнойно-септические поражения кожи: фолликулиты и целлюлиты. Поражения нервной системы было у 3 детей в форме церебральной атаксии. Выявлено, что у взрослых наиболее частой причиной запоздалой госпитализации являлось незнание того факта, что ВО в старшем возрасте является предикатом риска тяжелого течения заболевания даже у иммунокомпетентных лиц. Тогда как, в педиатрической практике имелась недооценка такихотягощающих факторов, как: возраст до года, наличие хронической соматической патологии, недавно перенесенные острые заболевания, проведенная накануне вакцинация. У взрослых ошибочно расценивались как ВО такие заболевания, как: фолликулиты, синдром Габермана-Муха, контактный дерматит, аллергия, а также диссеминированные формы вируса простого герпеса у лиц с иммунодефицитом. При этом, единичные ошибки, где ВО вовремя была не распознана отмечались исключительно в первые сутки от начала заболевания. Основной ошибкой в аспектах терапии ВО являлось применение различного рода иммуномодуляторов и позднее назначение антибактериальной химиотерапии. Единственным доказанным эффективным средством этиотропной химиотерапии является назначение ацикловира и его производных. ВО является независимым фактором риска развития инвазивных бактериальных суперинфекций (прежде всего стафилококка), особенно при использовании ибупрофена. При этом мы полностью отказались от обработки кожи потенциально токсичными анилиновыми красителями, затрудняющими диагностику гнойно-септических осложнений. Категорически запрещалось использование аспирина, нимесулида и нурофена для борьбы с лихорадкой при ВО.

Выводы

1. Следует рассмотреть вопрос о внедрении в календарь обязательных прививок Украины вакцинации против ГЗИ.

2. В противовирусной химиотерапии ВО следует использовать исключительно ацикло-
вир и его производные.
3. Не рекомендуется назначение анилиновых красителей и ибупрофена у больных вет-
ряной оспой.

МЕДИЧНА БІОХІМІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ

Р.К.Мальчугин

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики

Фармакотерапия является одним из важнейших элементов после установки зубных имплантов. Актуальными средствами, применяемыми в постоперационный период с целью снять воспаления являются нестероидные противовоспалительные средства и антигистаминные препараты. Подавляющее большинство лекарственных средств, применяемых в стоматологии, имеют противопоказания, при этом большинство из них принимаются амбулаторно. Именно поэтому вопрос о выборе лекарственных средств для амбулаторного лечения является одним из важнейших.

Целью наших исследований явилось определение наиболее удачной комбинации препаратов для амбулаторного назначения стоматологическим больным после имплантации зубов; обозначение наиболее действующего НПВС в послеоперационный период; установление наиболее эффективного антигистаминного препарата для ротовой полости после имплантации зубов.

В ходе исследования мы опросили практикующих специалистов об их предпочтениях в назначаемых препаратах, для больных в постоперационный период. Для получения более полной картины мы провели сравнения фармакодинамических свойств препаратов, которые наиболее часто назначают больным.

Как представителей НПВС применяемых в постоперационном периоде мы рассмотрели: Кетонал, Нурофен, Вольтарен, Кетанов, Тантум Верде, Нимесил.

Вторым важным звеном в купировании воспалительного процесса является назначение антигистаминных препаратов. По избирательности действия их можно условно разделить на 3 поколения. С каждым поколением уменьшается количество и сила побочных эффектов, а также вероятность привыкания, увеличивается продолжительность действия. Из представителей первого поколения можно отметить Диазолин и Тавегил. Ко второму относятся Кларитин, Кестин. Третье – Фексофенадин, Дезлоратадин. Именно данные препараты мы и рассмотрели в нашей работе.

Из НПВС местного действия наилучшим себя показывает тантум верде, его применяют местно, нанося на слизистую. Выпускается в виде аэрозоля, что очень упрощает использование. Кетанов является также очень качественным препаратом, но обладает куда более выраженным обезболивающим эффектом чем противовоспалительным.

Таким образом, лечение и профилактика осложнений является неотъемлемой частью постимплантационного периода и заслуживает дальнейшего детального изучения.

МІКРОБІОЛОГІЯ, ВІРУСОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

О.М.Коваль, А.А.Шаповалова, А.І.Лаврова, Д.Б.Шевченко

ВИЗНАЧЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ДО СУЧАСНИХ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра мікробіології, вірусології, імунології та епідеміології

Не дивлячись на те, що на протязі цього сторіччя захворюваність туберкульозом значно зменшилася, дане захворювання складає серйозну проблему для суспільства, вражаючи здоров'я і соціальний добробут мільйонів людей. Щогодини в Україні виявляється чотири випадки захворювання на туберкульоз і одна людина помирає від цієї недуги.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, яке в більшості випадків викликається мікроорганізмом *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), що проникає в легені людини при диханні і розповсюджується гематогенним і лімфогенним шляхом в інші органи, викликаючи специфічне запалення.

Лікування практично всіх хворих, що страждають від цієї потенційно смертельної хвороби, стало можливим завдяки сучасним протитуберкульозним засобам. Успіх лікування залежить від багатьох факторів, проте одним з найважливіших є адекватний вибір антимікобактеріального препарату (АМБП).

Ми провели дослідження, основною метою якого було виявлення стійкості сучасної популяції мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Групу склали 40 хворих на туберкульоз, чий зразок мокроти при попередньому дослідженні методом посіву мали результат МБТ «+». На твердому середовищі Левенштейна-Йенсена були проведені тести на чутливість до антимікобактеріальних препаратів 1 ряду – ізоніазиду, ріфампіцину, етамбутолу і стрептоміцину.

Результати дослідження:

1. Чутливість до всіх АМБП виявлена у 25 випадках (62,5%).
2. Монорезистентність:
 - а) до ізоніазиду – 4 (10%);
 - б) до ріфампіцину – 3 (7,5%);
 - в) до етамбутолу – 2 (5%);
 - г) до стрептоміцину – 2 (5%).
3. Мультирезистентність до ізоніазиду та ріфампіцину виявлена в 4 випадках (10%).

Висновки: приведені вище дані підтверджують, що сучасна популяція МБТ містить певну кількість мутантів, які є стійкими до деяких лікарських засобів, адже лише у 62,5 % випадках була виявлена чутливість до всіх АМБП. Дані препарати складають основні схеми лікування вперше виявлених хворих на туберкульоз. Резистентність МБТ до них визначає складність лікування туберкульозу. Тому правильний і своєчасний підбір АМБП є дуже важливим питанням, адже ефективне лікування туберкульозу не тільки позбавляє недуги хворого, а й зменшує кількість джерел інфекції, чим поліпшує епідеміологічну ситуацію загалом.

А.И.Лаврова, О.М.Коваль, Д.А.Шварц, О.А.Авраменко

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТИОФолликулитом в ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии и эпидемиологии

Остиофолликулит (стафилококковое импетиго) – воспаление верхней части волосяного фолликула или сальной железы, обусловленное проникновением и размножением в них стафилококков. В большинстве случаев возбудителем остиофолликулита является *Staphylococcus aureus*. Наряду с другими представителями сапрофитной микрофлоры данные микроорганизмы присутствуют на поверхности кожи здорового человека, не вызывая никаких воспалительных изменений. Их проникновение в устье сальных желез и фолликулов и усиленное размножение там может быть обусловлено снижением иммунитета, которое происходит после переохлаждения, перенесенной инфекции, на фоне частых ОРВИ или длительно протекающего соматического заболевания. Снижение барьерной функции кожи при сахарном диабете также может стать причиной стафилококкового импетиго.

Кроме этого развитию остиофолликулита способствует повышенное потоотделение, недостаточная гигиена, повышение pH кожи, перегревание, увеличенная выработка секрета сальными железами, травматизация кожи (трение, бритье, мацерация). Причиной остиофолликулита может быть профессиональная деятельность, когда кожа человека регулярно подвергается воздействию различных вредных веществ: бензина, дегтя, смазочных масел, керосина и т. п.

Мы провели исследование, основной целью которого являлось изучение структуры заболеваемости остиофолликулитом в Днепропетровской области. Для диагностики данного заболевания используется бактериоскопический метод, который заключается во взятии соскоба с поражённых участков кожи, последующей окраской по Граму и микроскопией; также используется бактериологический метод, сущность которого заключается в посеве материала на кровяной агар с последующей идентификацией возбудителя и фаготипированием. За первый квартал 2013 года по обращаемости было выявлено 477 случаев заболевания.

Результаты анализа данных

Таблица 1

Структура заболеваемости остиофолликулитом в Днепропетровской области за первый квартал 2013 года по обращаемости

Взрослые				Подростки		Дети	
Женщины	Мужчины	Пенсионеры		Девушки	Юноши	Девочки	Мальчики
		мужчины	женщины				
192	119	61	27	28	26	11	13

Выводы

1. Наряду с другими представителями сапрофитной микрофлоры стафилококки присутствуют на поверхности кожи здорового человека, не вызывая никаких воспалительных изменений, следовательно имеется прямая связь между заболеваемостью остиофолликулитом и состоянием иммунитета.

2. Ранее остиофолликулитом чаще болели мужчины, подростки, заболевание имело профессиональный характер. Однако в последнее время структура заболеваемости существенно изменилась. Возникновение заболевания не связано с половой принадлежностью, однако чаще

выявляется у лиц женского пола. Это может объясняться тем, что мужчины меньше беспокоятся о своей внешности, потому и не обращаются к врачу, а также возрастанием спроса на эпиляцию, солярии, которые являются одними из способствующих факторов.

3. Способствовать развитию данного заболевания могут не только экзогенные факторы, но и эндогенные, то есть можно предположить наличие связи между развитием остиофолликулита и наличием сопутствующих заболеваний, а именно эндокринных патологий, гормональных нарушений, снижением иммунологических сил макроорганизма, которые как правило имеют скрытое течение. Этот факт подтверждается большей частотой заболеваемости у лиц старшей возрастной группы и отсутствием эффекта от проводимого лечения без выявления и коррекции выше перечисленных скрытых патологий.

Попытки решить проблемы заболевания без предварительной микробиологической диагностики приводят к нецелесообразному использованию антибиотикотерапии, что говорит о ее важности в лечении остиофолликулита.

МОРФОЛОГІЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

В.Н.Бибикова, А.Кузюк, М.Брындиков

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У КРЫС

Кафедра патологической физиологии

Цель. Изучение ориентировочно-исследовательского поведения и неврологического дефицита, у крыс с первичным и повторным геморрагическим инсультом.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующую задачу: Изучить ориентировочно-исследовательского поведения и неврологического дефицита у крыс при моделировании первичного и повторного экспериментального монополушарного геморрагического инсульта различной степени тяжести.

Материалы и методы. Проведено 2 серии эксперимента. Эксперимент проводился на 30 крысах линии Wistar. В каждой серии эксперимента было сформировано 3 группы животных: 1 группа- животные, возрастом 4 месяца массой 200- 250 г., 2 группа- животные, возрастом 2,5-3 месяца массой 150-180г., 3 группа – животные, возрастом 2месяца массой 90-120г., а при второй серии эксперимента была сформирована еще одна группа животных которым моделировали повторное кровоизлияние в мозг (Макаренко, Косицина, 2003). Исследование проводилось на 3,7,14 та 30сутки после операции, что соответствует острому, подострому, раннему и позднему периодам ОНМК. В течение эксперимента животных содержали в стандартных условиях вивария. В экспериментальных исследованиях использованы методические подходы, соответствующие Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях.

Моделирование экспериментального геморрагического инсульта. У наркотизированных животных тиопенталом натрия, проводили трепанацию черепа. В области правой внутренней капсулы, осуществляли деструкцию мозговой ткани и повреждение сосудов с помощью вращательных движений мандрена-ножа, введенного через направляющую иглу-канюлю.

Контрольный эксперимент, проведенный в первый день исследования перед началом моделирования геморрагического инсульта, показал, что достоверные отличия между группами «контроль» и «опыт» отсутствуют. Были получены фоновые значения параметров двигательной активности исследуемых крыс.

Неврологическое тестирование на крысах. При тестировании исследовали следующие рефлексы: болевой, сгибания, хватания, переворачивания, так же постановку лап на опору, упор лап и вздрагивания.

Изучение ориентировочно-исследовательского поведения и эмоциональной активности в условиях методики «открытого поля». Для этого использовалась площадка размером 100x 100 см, разбита на 16 квадратов, в каждом из которых вырезано круглое отверстие диаметром 3см. В ходе проведения эксперимента проводилась регистрация количества пересеченных квадратов (горизонтальная двигательная активность), груминг, количество болюсов (эмоциональная активность), количество заглядываний в круглое отверстие (исследовательская активность), в течение 3 минут.

Результаты и их обсуждение. Оценка неврологического дефицита. После операции, при оценке неврологических отклонений, у 90-100% крыс с геморрагическим инсультом наблюдались неврологические нарушения в виде вялости, замедленности движений, слабости конечностей. Тогда как в контрольной группе эти нарушения отмечены у 30-40%. Выраженных неврологических нарушений в виде маневных движений по кругу, парезов и параличей конечностей они отмечались у 10 и 20% животных с геморрагическим инсультом соответственно. Так же наблюдается угнетение болевого, сгиба тельного, хватательного рефлексов, которые полностью восстанавливаются к 3 неделе.

Поведение в условиях «открытого поля». Поведения в условиях методики «открытого поля» показало, что в 3-е и 7-е сутки после операции у крыс с геморрагическим инсультом значительно – в 2 раза снизились суммарные параметры двигательной активности и исследовательского поведения. Сходные показатели поведения крыс фиксировались и на 14-й 21-й день, хотя животные были и несколько активнее. Так же, наблюдается увеличение дефекаций и болюсов животных на 3-е, 7-е сутки более чем в 2 раза, и почти в 5 раз на 30-е сутки. Кроме этого, частые и длительные эпизоды замирания, низкая подвижность, избегание центральной части арены, длительный, но частый груминг. Меньший пройденный путь, время движения и количество пробежек свидетельствуют об угнетении психоэмоционального статуса, выражающемся в снижении двигательной активности. При отсутствии каких либо укрытий животное в большей степени чувствует себя в безопасности, находясь у стенки манежа. Поэтому более редкие выходы в центр и меньшее время, проводимое в центральной зоне манежа, говорят о преобладании защитного типа поведения над исследовательским.

Заключение. Проведенные исследования показали, что у крыс с геморрагическим инсультом имеет место выраженный неврологический дефицит, нарушение ориентировочно-исследовательского поведения и эмоциональной активности, по сравнению с исходным фоном.

В.М.Бібікова, Д.М.Романуха, В.І.Даниленко

ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ГЕМОРАГІЧНИМ ТИПОМ НА ОСНОВІ ПОЗАВОГНИЩЕВИХ ПОРУШЕНЬ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кафедра патологічної фізіології.

Актуальність. Незважаючи на те, що частка геморагічного інсульту серед загальної кількості інсультів складає в середньому 20-25%, тоді як на ішемічний припадає 70-75%. Проблема геморагічного інсульту стоїть на сьогоднішній день не менш гостро, тому що: 1) Геморагічний інсульт вражає осіб молодого віку, ніж ішемічний; 2) Має більше важкі наслідки; 3) Прогноз при геморагічному інсульті менш сприятливий.

Мета. Визначення факторів, які дозволили б ще в ранньому постінсультному періоді виділити хворих, що мають найбільший ризик формування важкого неврологічного дефіциту для їх ранньої специфічної реабілітації.

Завдання:

1. Вивчити літературу з питань патогенезу розвитку геморагічного інсульту, його клінічних проявів;
2. Зібрати інформацію про наслідки геморагічного інсульту, їх тяжкість, механізм і терміни формування;
3. Виділити ряд факторів, які, з точки зору патофізіології, могли б стати визначальними для розвитку постінсультного неврологічного дефіциту;
4. Дослідити вплив цих факторів і їх зв'язок з наступним неврологічним дефіцитом у хворих, які перенесли геморагічний інсульт.

Матеріали і методи. Клінічне дослідження проводилося на групі з 42 хворих з діагнозом "геморагічний інсульт".

Дослідження проводилося з лютого по грудень 2012 року на базі КЗ "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова" в неврологічному відділенні з хворими 2-го зрілого віку з діагнозом "геморагічний інсульт". У дослідженні взяли участь 42 пацієнта, з них 16 жінок і 26 чоловіків. Середній вік пацієнтів, які брали участь у дослідженні, становив $56,7 \pm 4,7$ років. Усі хворі на момент госпіталізації у відділення знаходилися в підгострому періоді геморагічного інсульту, на момент виписки – у ранньому відновному періоді.

Методика клінічного дослідження: до уваги бралися наступні дані: тяжкість геморагічного інсульту, тяжкість неврологічного дефіциту, яка оцінювалася за Скандинавської шкалою інсульту (Scandinavian Stroke Scale), і його динаміка за період стаціонарного лікування у відділенні, тривалість якого в середньому становила 20 ± 2 , 8 діб. Для оцінки ступеня вираженості позавогнещевих порушень вищої нервової діяльності застосовували першій частині шкали Mental State Examination (за M.Folstein et al., адаптована в 2005), яка призначена для оцінки позавогнещєвого порушення. Оцінювання проводилося на початку і наприкінці стаціонарного лікування. Оцінювали взаємозв'язок і його вираженість між тяжкістю неврологічного дефіциту і його динамікою і: 1) тяжкістю геморагічного інсульту; 2) загальним ступенем позавогнещєвого порушення вищої нервової діяльності та його динамікою; 3) ступенем вищої нервової діяльності когнітивної, гносеологічної, емоційно-вольової, праксеологічної сфер та їх динамікою. А також зв'язок між тяжкістю геморагічного інсульту і загальним ступенем вищої нервової діяльності.

Наявність взаємозв'язку між отриманими даними визначали шляхом кореляційно-регресійного аналізу. Для кожних двох рядів порівнюваних даних розраховували коефіцієнт лінійної кореляції (Пірсона), встановлювали наявність або відсутність зв'язку, його напрям і силу. Ймовірність отриманого коефіцієнта кореляції визначали шляхом розрахунку критерію Ст'юдента і його оцінки. У всіх випадках показник критерію Ст'юдента перевищував 3, тобто встановлено зв'язок між ознаками можна вважати ймовірним.

Результати дослідження

1. Ступінь неврологічного дефіциту після геморагічного інсульту в меншій мірі визначається його тяжкістю, як вважалося раніше. Це дозволяє сформулювати новий погляд на прогнозування перебігу геморагічного інсульту та його наслідків;

2. Виведено зв'язок між емоційним станом пацієнта, який переніс геморагічний інсульт і тяжкістю неврологічного дефіциту. Таким чином, можна рекомендувати оцінку емоційного стану хворого, як критерій для стратифікації хворих, які перенесли геморагічний інсульт на групи високого, середнього та низького ризику розвитку важких неврологічних порушень з метою їх подальшої, більш ефективної, реабілітації;

3. Передбачається, що корекція емоційного стану хворих, які перенесли геморагічний інсульт (проводити її ще до виписки з неврологічного відділення) могла б поліпшити результати лікування та прогноз цих пацієнтів. Даний висновок може служити основою для подальших досліджень і розширення даної роботи;

4. Вплив порушення праксеологічної і гносеологічної сфер на подальший неврологічний дефіцит – помірний; когнітивні порушення, всупереч сучасним уявленням, не мають істотного впливу на прогноз у хворих з геморагічним інсультом.

Підсумок. Встановлено, що емоційний стан хворого є маркером розвитку важких наслідків геморагічного інсульту. Встановлено кореляцію між емоційним станом і ступенем вираженості неврологічного дефіциту.

К.І.Дяговець

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОГЕНЕЗУ КОНУСНО-СТОВБУРОВОГО ВІДДІЛУ ЕМБРІОНАЛЬНОГО СЕРЦЯ МИШІ ПІСЛЯ ЙОГО РОТАЦІЙНИХ ПЕРЕБУДОВ ЗА УМОВ ДЕГІДРАТАЦІЇ МАТЕРИНЬСЬКОГО ОРГАНІЗМУ

Кафедра гістології

Вступ. Вроджені вади серця – одна з найважливіших проблем педіатрії, охорони здоров'я та суспільства в цілому. За неблагонадійністю прогноза для життя вади серця посідають одне з перших місць серед уражень серця у дитячому віці. Складність формування похідних конусно-стовбурового відділу в досить короткий міжстроковий період пренатального розвитку ембріонального серця робить його дуже чутливим до впливу різних патологічних чинників. Одним із таких патологічних станів, що лежить в основі патогенетичних механізмів низки захворювань першого триместру вагітності, є зневоднення. Дегідратація материнського організму призводить до гемодинамічних порушень з боку ембріональної серцево-судинної системи, які на ранніх етапах кардіогенезу здатні викликати розвиток дефектів різного ступеня складності.

Метою роботи стало визначення впливу дегідратаційних змін материнського організму на ранньому післяротаційному етапі формування магістрального судинного поля, в аспекті значущості просторових перебудов конусно-стовбурового відділу ембріонального серця.

Матеріалом для дослідження були серця мишачих ембріонів лінії C57BL/6, взятих протягом 13 доби гестації, що відповідало 22 стадії за K. Theiler. Експеримент проводився згідно умовам моделі M. J. McKinley зі співавторами (2008) шляхом перорального прийому гіперосмоларних розчинів. В ході роботи **був використаний комплекс гістологічних**, гістохімічних, імуногістохімічних та морфометричних методів, створено тривимірні моделі, проведено біометричний та статистичний аналізи.

В результаті дослідження **встановлено**, що протягом 13-ї доби гестації достовірно зменшується площа виходу аортального присінка на 50,1% (13 діб) та 26,2% (13,5 діб). Абсолютний об'єм міжшлуночкової перегородки збільшується на 35,8% (13 діб) та 31,1% (13,5 діб) ($p<0,05$), порівняно з нормою. Станом на 13,5 діб дані зміни супроводжуються ознаками розростання мембранозної частини міжшлуночкової перегородки, яке нагадувало оформлений виріст, об'ємом $(3,2\pm0,2)\times10^6$ мкм³ та площею поверхні $(2,78\pm0,4)\times10^5$ мкм², що розташовувався під лівим волокнистим кільцем та мав ліво-вентральний вектор росту в краніальному напрямку. Аортальний клапан підлягає затримці у вкороченні, за умов відповідно збільшених показників глибини заслінок та об'єму. Зовнішній діаметр устя правого вінцевого синуса за умов експерименту зростає на 50,1% ($p<0,05$) за аналогічний показник у нормі.

У перспективі подальших досліджень з'ясувати морфологічну картину визначених дефектів за умов регідратації материнського організму.

М.В.Іванченко

МЕХАНІЗМИ РЕАКЦІЙ МІТОХОНДРІАЛЬНОГО АПАРАТА СКОРОТЛИВИХ КАРДІОМІОЦИТІВ НА ГІПОКСИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ КАРДІОГЕНЕЗУ

Кафедра гістології

Дистрес плода та новонародженого є основною причиною перинатальної захворюваності та смертності, виникнення якого пов'язано з впливом гострої або хронічної кисневої недостат-

ності та метаболічного ацидозу з порушенням життєво важливих функцій організму (Гнусаєв С.Ф. и соавт., 2006). За даними ВООЗ його частота становить 5-10%.

Зрозуміло, що альтерація системи кровообігу під час внутрішньоутробного розвитку призводить до формування серцево-судинної патології як в пренатальному, так і у наступні періоди онтогенезу. Відповідно, немає нічого дивного в тому, що інтерес теоретичної та клінічної кардіоембріології до даної проблеми продовжує зростати (Ostadal B. et al., 2011).

З'ясування ролі реакцій мітохондрій у реалізації патоморфологічних змін серця як одного з найбільш енергозалежних органів може дати пояснення механізмам, що лежать в основі розвитку серцевих захворювань, які розвиваються внаслідок впливу різних за тривалістю та інтенсивністю гіпоксичних станів.

Нещодавно було встановлено, що під впливом хронічної або гострої гіпоксії активуються ендогенні транскрипційні програми в кардіоміocyтах (Кмц), які чутливі до рівня кисню в клітині та модулюють активність мітохондрій і в решті решт роблять їх менш активними та нешкідливими в аспекті вироблення активних форм кисню (ROS) (Patterson A. J., Zhang L., 2010). З іншого боку, враховуючи той факт, що мітохондрії споживають значну частину кисню, яка надходить до організму, було висловлено припущення про те, що ефективний адаптивний механізм організму на гіпоксію реалізовується збільшенням кількості мітохондрій внаслідок підвищення рівня аеробного дихання та забезпечення енергетично залежних функцій клітини (Barbashova Z.I., 1984).

Тим не менш, дані про зміни питомого вмісту мітохондрій серцевих міоцитів у відповідь на гіпоксію залишаються суперечливими. Зокрема, під впливом хронічної гіпоксії збільшується вміст мітохондрій Кмц у новонароджених щурів, хом'яків та великої рогатої худоби (Ou L.C., Tenney S.M., 1970; Costa L.E. et al., 1988; Fitzl G. et al., 1998). Натомість питома щільність мітохондрій серця морської свинки залишається незмінною (Kayar S.R., Banchemo N., 1987). При вивченні міокарда ембріонів вівці, який розвивався під впливом тривалої гіпоксії (110 днів), навпаки, виявили зменшення питомої щільності мітохондрій Кмц (Lewis A.M. et al., 1999). Розбіжність між результатами досліджень може бути пов'язана з відмінностями у видах модельованої гіпоксії, її ступеня та тривалості.

Показано, що рівень активності цитохрому-с серця дорослих щурів збільшується через 1 день від початку гіпоксичного впливу та поступово зменшується на 7-й день експерименту (Rumsey W.L. et al., 1999). Дослідження активності рівня цитохрому-с за умов гіпоксичного ушкодження кардіогенезу в період від 19 до 21 доби пренатального онтогенезу щурів показало, що хронічна гіпоксія викликає підвищення рівня цитохрому-с серця на 70%, що, ймовірно, є адаптивним механізмом на стресовий дефіцит кисню (Xiao D.L. et al., 2000).

За даними И.В.Заднипряного (2011), перинатальна гіпоксія призводить до структурної перебудови міокарда. Показано, що ультраструктурні порушення мітохондрій новонароджених щурів характеризувалися вакуолярно-літичними змінами. Мітохондрії були різними за розмірами та розташовувались парануклеарно, субсарколемально та в саркоплазмі серед міофібрил, де практично не утворювали поздовжньо орієнтованих стовпчиків. Поліморфні мітохондрії мали зруйновані кристи чи повністю зазнавали ушкодження (Третьякова О.С. и соавт., 2012). Збереження субсарколемальних популяцій мітохондрій, які максимально були наближені до джерела постачання кисню в деяких серцевих міоцитах, на думку авторів, свідчило про спробу клітини вижити. Деякі мітохондрії мали електронно-щільні включення, що вказувало на незворотній характер ушкоджень (Ibanez B., 2011). При цьому найбільш чутливими до гіпоксії є зони правого шлуночка (Заднипряный И.В., Третьякова О.С., 2011).

Існує відносно небагато ультраструктурних досліджень, що спрямовані на вивчення адаптивних та альтеративних процесів у мітохондріях передсердного і шлуночкового міокарда під дією пренатальної гіпоксії в онтогенетичному аспекті. Фрагментарними також залишаються відомості про реалізацію ультраструктурних перетворень мітохондріального апарата на міжклітинному та тканинному рівнях за умов гіпоксії на етапах онтогенезу.

Літературні джерела

- Гнусаев С.Ф. Сердечно-сосудистые нарушения у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию / С. Ф. Гнусаев, А. Н. Шибаев, О. Б. Федерякина // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 9-14.
- Заднипрный И. В. Структурная перестройка миокарда при перинатальной гипоксии в условиях эксперимента / И. В. Заднипрный, О. С. Третьякова // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 40-45.
- Феномен "оглушенного" миокарда при транзиторной ишемии миокарда новорожденных / О. С. Третьякова, И. В. Заднипрный, Е. Лу Сан, Э. Ч. Розе // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. 2, №1. – С. 65-70.
- Adaptation to hypoxia alters energy metabolism in rat heart / W. L. Rumsey, B. Abbott, D. Bertelsen [et al.] // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. – 1999. – Vol. 276, № 1. – P. 71-80.
- Barbashova Z. I. Cellular level of adaptation / Z. I. Barbashova. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. – P. 37-50.
- Kayar S. R. Volume density and distribution of mitochondria in myocardial growth and hypertrophy / S. R. Kayar, N. Banchemo // Respir. Physiol. – 1987. – Vol. 70, № 3. – P. 275-286.
- Lethal myocardial reperfusion injury: a necessary evil? / B. Ibanez, V. Fuster, J. Jiménez-Borreguero, J. J. Badimon // Int. J. Cardiol. – 2011. – Vol. 151, № 1. – P. 3-11.
- Liver and heart mitochondria in rats submitted to chronic hypobaric hypoxia / L. E. Costa, A. Boveris, O. R. Koch, A. C. Taquini // Am. J. Physiol. – 1988. – Vol. 255. – P. 123-129.
- Molecular defects in cardiovascular disease / B. Ostadal, I. Ostadalova, F. Kolar [et al.]. – NY : Springer, 2011. – P. 55-67.
- Morphological investigations of the myocardium of cardiomyopathic hamsters during the post-natal development and experimental hypoxia. A quantitative ultrastructural study / G. Fitzl, U. Meyer, G. Wassilew, K. Welt // Exp. Toxicol. Pathol. – 1998. – Vol. 50, № 3. – P. 245-252.
- Ou L. C. Properties of mitochondria from hearts of cattle acclimatized to high altitude / L. C. Ou, S. M. Tenney // Resp. Physiol. – 1970. – Vol. 8, № 2. – P. 151-159.
- Patterson A. J. Hypoxia and fetal heart development / A. J. Patterson, L. Zhang // Curr. Mol. Med. – 2010. – Vol. 10, № 7. – P. 653-666.
- Quantitative electron microscopic study of the hypoxic fetal sheep heart / A. M. Lewis, O. Mathieu-Costello, P. J. Mcmillan, R. D. Gilbert // The Anat. Rec. – 1999. – Vol. 256, № 4. – P. 381-388.
- Xiao D. L. Chronic Hypoxia and Developmental Regulation of Cytochrome C Expression in Rats / D. L. Xiao, C. A. Ducsay, L. Zhang // Reprod. Sci. – 2000. – Vol. 7, № 5. – P. 279-283.

М.В.Іванченко, А.В.Литвин

ФОРМУВАННЯ МІТОХОНДРІАЛЬНОГО АПАРАТА СКОРОТЛИВИХ КАРДІОМІОЦИТІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО ГІПОКСИЧНОГО УШКОДЖЕННЯ КАРДІОГЕНЕЗУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра гістології

Останніми роками велику занепокоєність викликає стан серцево-судинної системи новонароджених після перенесених ними хронічної або гострої внутрішньоутробної, інтранатальної чи поєднаної (перинатальної) гіпоксії.

За даними світової літератури відомо, що у 40-70% новонароджених виявляють ураження серцево-судинної системи внаслідок дії патологічно низького рівня кисню у перинатальному періоді (Tong W., 2011; Giussani D.A. et al., 2012).

Резистентність серцевої тканини до нестачі кисню (гіпоксії) у пренатальному серці значно вища, ніж у зрілому міокарді (Nie L. et al., 2012). Тим не менш, механізми більш високої стійкості ще не були достатньо вивчені, все ще залишається незрозумілою роль мітохондрій у толерантності серця до кисневого голодування (Drahota Z. et al., 2012).

Мета даного дослідження полягає в ультраструктурному аналізі реакцій мітохондріального апарата кардіоміоцитів щурів на ранніх етапах постнатального онтогенезу за умов хронічної пренатальної гіпоксії.

Матеріали та методи. Хронічну пренатальну гіпоксію моделювали на вагітних самках безпородних білих щурів шляхом внутрішньоочеревинного введення 1%-вого нітриту натрію від 10-го до 21 день вагітності в дозі 5 мг/100 г ваги – дозі, що викликає гіпоксію середньої важкості (Иваницкая Н.Ф., 1976). Контрольним тваринам вводили 1 мл фізіологічного розчину. Тварини знаходились у стандартних умовах утримання, режимі та раціоні харчування. В якості матеріалу для даного дослідження були використані серця новонароджених та щурят на різних термінах постнатального онтогенезу. Отримані зразки різних ділянок міокарда підготовлювали для електронно-мікроскопічного дослідження за стандартною методикою.

Дослідження проводили в «Лабораторії електронної та світової мікроскопії» кафедри гістології (ДЗ «ДМА МОЗ України») за допомогою трансмісійного електронного мікроскопа ПЭМ-100-01 («SELMI», Україна) при напрузі прискорення 75-80 кВ і первинних збільшеннях від 2000 до 80000.

Кількісну оцінку ультраструктурних змін проводили через підрахунок таких показників: кількісне співвідношення типів мітохондрій, щільність упакування мітохондрій, чисельна щільність мітохондрій, об'єм мітохондрії, коефіцієнт сферичності, площа поверхні зовнішньої і внутрішньої мітохондріальних мембран, щільність мітохондріальних крист, кількість крист мітохондрій, ступінь орієнтації крист. Визначення параметрів ґрунтували на принципах стереологічного аналізу (Автандилов Г.Г., 1990).

Морфометричні дані зазнавали статистичної обробки. Визначення вірогідності розходжень між вибірками проводили з урахуванням параметричного t-критерію Стюдента, а також непараметричного критерію Вілкоксона у разі відсутності нормального розподілу. Усі необхідні розрахунки виконували за допомогою ліцензійної програми Statistica (версія 6.1).

Результати та їх обговорення. Проведене ультраструктурне дослідження міокарда щурів на різних етапах постнатального онтогенезу, який розвивався за умов гіпоксичного ушкодження, показало, що розвиток кардіоміоцитів пов'язаний із глибокою реорганізацією клітинної архітекτονіки. У складі саркоплазми скоротливих кардіоміоцитів зберігалась стабільна гетерогенність мітохондрій міжміофібрилярної, субсарколемальної та парануклеарної локалізацій. Суттєві трансформації енергетичного апарата відбуваються на стадії гіперплазії (включає перші 4 дні після народження) та швидкої гіпертрофії (від 5-го до 14-го дня).

Морфометричне дослідження шлуночкового та передсердного міокарда встановило ряд ультраструктурних змін у складі мітохондріального апарата. В усіх вивчених ділянках відмічалося зниження щільності упакування мітохондрій та темпів наростання ступеня гетерогенності мітохондріального апарата в порівнянні з групою контролю. Спостерігалось збільшення питомого вмісту дрібних мітохондрій в ультраконденсованому стані, мітохондрій зі зруйнованими кристами та елементами вакуолярного набряку, що, ймовірно, призводить до обмеження енергозабезпечення серця.

Отже, реакції мітохондріального апарата за умов моделювання хронічного гіпоксичного ушкодження кардіогенезу характеризуються кількісними та якісними змінами мітохондрій в постнатальному періоді. Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням хронічного гіпоксичного ушкодження кардіогенезу на етапах пренатального онтогенезу.

Літературні джерела

Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. Руководство / Г. Г. Автандилов. – М. : Медицина, 1990. – 384 с.

Иваницкая Н. Ф. Методика получения разных стадий гемической гипоксии у крыс введением нитрита натрия / Н. Ф. Иваницкая // Патол. физиол. и эксперим. терапия. - 1976. - № 3. - С. 69-71.

Developmental changes of the sensitivity of cardiac and liver mitochondrial permeability transition pore to calcium load and oxidative stress / Z. Drahota, M. Milerová, R. Endlicher [et al.] // Physiol. Res. – 2012. – Vol. 61, Suppl 1. – P. 165-172.

Developmental programming of cardiovascular dysfunction by prenatal hypoxia and oxidative stress / D. A. Giussani, E. J. Camm, Y. Niu [et al.] // Plo. S. One. – 2012. – Vol. 7, № 2. – P. 310-317.

Maternal hypoxia alters matrix metalloproteinase expression patterns and causes cardiac remodeling in fetal and neonatal rats / W. Tong, Q. Xue, Y. Li [et al.] // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. – 2011. – Vol. 301, № 5. – P. 2113–2121.

Properties and functions of KATP during mouse perinatal development. / L. Nie, M. Tang, Y. Zeng [et al.] // Biochem. Biophys. Res. Commun. – 2012. – Vol. 418, № 1. – P. 74-80.

Г.А.Клопоцкий, О.Н.Островская

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОКРИННОГО ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Кафедра патологической физиологии

Частота бесплодных браков колеблется от 3 до 23% и имеет тенденцию к увеличению, что представляет собой важную не только медицинскую, но и социальную проблему, т. к. бесплодие существенно влияет на показатели рождаемости. Женское бесплодие наблюдается в 60% случаев, мужское в 40%.

Женское бесплодие эндокринного генеза составляет 40% всех этих случаев. Эндокринное бесплодие – это бесплодие, связанное с ановуляцией или с недостаточностью лютеиновой фазы (лютеиновая недостаточность). Причинами могут быть: овариальная недостаточность, гиперпролактинемия, гипотериоз, аменорея, ожирение, синдром поликистозных яичников, другие заболевания. Все многочисленные варианты эндокринных расстройств, ведущие к бесплодию, могут быть условно объединены в отдельные клинические группы.

Многоликость клинических проявлений различных форм эндокринного бесплодия ведет к трудностям классификации этих расстройств, и, следовательно, к трудностям диагностики и выработке тактики и методов коррекции.

В данной работе произведена структуризация эндокринных расстройств, приводящих к бесплодию, выявлены их патофизиологические механизмы и особенности. Сформирован алгоритм диагностики и коррекции с использованием современных и передовых методов.

Ю.В.Козлова, М.Л.Єрмолаєва, О.Ю.Марина

АДРЕНОРЕЦЕПТОРИ. СТРУКТУРА. РОЛЬ В РОЗВИТКУ ІНФАРКТА МІОКАРДА

Кафедра патологічної фізіології

Адренорецептори (АР) розміщені по всьому організму, зокрема, у серці. АР належать до сімейства мембранних білків. Рецептор складається з однієї білкової молекули. Гідрофільні N-кінцевий та C-кінцевий фрагменти знаходяться відповідно в позаклітинному та внутрішньоклітинному середовищі, а між ними розміщені 7 ліпофільних трансмембранних доменів, зв'язаних трьома внутрішньоклітинними та трьома цитоплазматичними петлями. Основні внутрішньоклітинні передатчики адренергічних впливів – так звані G-білки. Найкраще вивчені G-білки, що

стимулюють та інгібують аденілатциклазу (Gs- та Gi-білки відповідно). β_1 - та β_2 -АР спряжені з білком Gs, тому стимуляція цих рецепторів призводить до активації аденілатциклази та підвищення внутрішньоклітинної концентрації циклоаденозинмонофосфата (цАМФ). α_2 -АР спряжений з білком Gi, і стимуляція цих рецепторів призводить до зниження активності аденілатциклази та внутрішньоклітинної концентрації цАМФ. α_1 -АР спряжений з мало вивченим типом G-білка, Gq, що активує фосфоліпазу C.

До факторів, що впливають на чутливість АР, відносять симпатичну денервацію, виснаження запасів катехоламінів, десенситизацію АР, раптову відміну β -адреноблокаторів, вік, тиреотоксикоз, стероїдні гормони, парадоксальний ефект адреналіну. Під час стимуляції α_1 -АР відбувається звуження коронарних судин, збільшення сили скорочень міокарду (шлуночків), під час стимуляції α_2 -АР, зокрема, - посилення агрегації тромбоцитів. β_1 -АР локалізуються у серці, їх стимуляція призводить до збільшення частоти та сили серцевих скорочень, підвищення потреби міокарда в кисні та підвищення артеріального тиску. β_2 -АР розміщені, зокрема, у тромбоцитах.

Адреналін виділяється постгангліонарними закінченнями симпатичного нерва, мозковою речовиною наднирників. «Період піврозпаду» адреналіну в крові в нормі становить біля 2 хвилин. Адреналін – неглікозидний кардіостимулятор. Він підвищує потребу серця в кисні, підвищує його роботу, але знижує коефіцієнт корисної дії. Знижується запас глікогена, накопичується молочна кислота, знижується кількість макроергічних фосфатів. Підвищується артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, підвищується навантаження на міокард. Це сприяє підвищенню потреби міокарда в кисні та поживних речовинах, що призводить до посилення розвитку некрозу міокарда. Висновки: На основі локалізації, функцій, дії АР ми впевнились у значенні впливу адреналіну на АР і, таким чином, на розвиток захворювань серцево-судинної системи, зокрема, інфаркту міокарда.

Ю.В.Козлова, Ю.Панасевич

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА

Кафедра патологической физиологии

Дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, в основе которых лежат наследственные дефекты, занимают около 30% коечного фонда детских стационаров в странах с развитым здравоохранением. Психические расстройства, болезни ЦНС и органов чувств (патология зрения, слуха) в 56,2% случаев носят наследственный характер и в 70% случаев являются причиной детской инвалидности. Одним из таких заболеваний является болезнь нейрофиброматоз. Несмотря на прогресс медицины, по-прежнему диагноз наследственной патологии ставится врачами крайне редко.

Нейрофиброматоз (НФ) – аутосомно-доминантное заболевание из группы факоматозов. Факоматозы - группа наследственных прогрессирующих заболеваний характеризующихся сочетанным поражением нервной системы, кожи, глаз и внутренних органов, которые могут проявляться сразу после рождения, в раннем детском возрасте, пубертатном периоде, а иногда и в более зрелом возрасте. Также встречаются случаи спорадических генных мутаций, которые передаются последующим поколениям

В настоящее время дифференцированы 8 типов НФ. С практической точки зрения выделяют 2 наиболее часто встречающихся типа НФ, а остальные рассматриваются как своеобразная вариация первых двух ввиду того, что не имеют под собой доказанного молекулярного субстрата.

Нормальные гены НФІ и НФІІ действуют как супрессоры опухолевого роста. Ген НФІ локализован в зоне 11.2 хромосомы 17 и кодирует белок нейрофибромин, ответственный за

инактивацию протоонкогена RAS. Ген НФП картирован в 22 хромосоме и ответственен за синтез белка мерлина. Опухолевые мутации генов прекращают синтез этих белков, приводя к онкогенезу (Vijaya Ramesh, 2004). Дефект нейрофибромина приводит к изменению онтогенеза эктодермальной трубки, что служит причиной развития опухолей периферической нервной системы и кожи.

Клиническая картина нейрофиброматоза достаточно разнообразная. Кожный синдром проявляется наличием не менее 5 пятен кофейного цвета до 1,5 см в диаметре и больше, мелкими пигментными пятнами типа «веснушек» в подмышечных и паховых областях. Нейрофибромами - опухоли кожи, представляющие собой узелки мягкой или плотной консистенции, имеющие цвет от нормальной кожи до коричневого, при надавливании «проваливаются» в кожу. При пальпации могут обнаруживаться плексиформные (интраневральные) нейрофибромы, которые могут приобретать гигантские размеры с массой более 10 кг. Наиболее часто они локализируются по ходу тройничного нерва, верхних шейных нервов, лопаток и рук. Нейрофибромы могут приводить к нарушениям чувствительности, поражению зрительных и слуховых нервов, к возникновению опухолей в головном и спинном мозге. А также могут располагаться на веках, конъюнктиве, радужке, по ходу цилиарных нервов. Внутриорбитальные опухоли могут вызывать птоз и паралич глазных мышц, нистагм, косоглазие, снижение остроты зрения. Опухоли, расположенные по ходу спинного мозга, могут приводить к появлению различной неврологической симптоматики: судороги и умственная отсталость, задержка речевого развития, снижение памяти и внимания (Т. Н. Проскокова, 2003). Возможны скелетные изменения в виде сколиоза, кифосколиоза, деформации грудной клетки, асимметрии трубчатых костей, псевдоартрозов (Мулдашев Э. Р., 1989).

Нейрофиброматоз не излечивается, однако есть способы лечения некоторых его последствий. При помощи хирургического вмешательства можно удалить обезображивающие опухоли на кожных покровах, однако, они часто вырастают вновь. Лечение нейрофибром внутренних органов используют оперативное вмешательство в сочетании с лучевой терапией. С антипролиферативной целью применяют тигазон, витамин А.

В настоящее время выявление на ранних этапах и лечение нейрофиброматоза, являются наиболее актуальной проблемой современной медицины.

Ю.В.Козлова, А.А.Шелест, В.С.Сумарокова

КАТЕПСИНЫ. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Кафедра патологической физиологии

Лабораторные исследования на сегодняшний день играют одну из решающих ролей в постановке правильного диагноза. В связи с этим поиск новых и изучение изменений уже известных маркеров для лабораторной диагностики различных патологий является актуальным. Лабораторная диагностика позволяет наиболее широко оценивать состояние функциональных систем организма. Возможность определения в кровотоке специфичных пептидных субстратов различных тканей может послужить удачным прогностическим признаком, ускорить и уточнить постановку диагноза.

Одними из множества лабораторных маркеров, изучение которых активно проводится во многих странах, являются катепсины – тканевые внутриклеточные ферменты (протеиназы, пептид-гидролазы, эндопептидазы), расщепляющие в белках и пептидах пептидные связи, что приводит к инактивации ферментов, гормонов, биологически-активных белков и пептидов. По строению активного участка катепсины разделяют на цистеиновые, сериновые и аспартатные протеазы. Наиболее широко представлен класс цистеиновых протеаз, к которому относится активно исследуемый на сегодняшний день катепсин В. Он является основной лизосомальной ци-

стеиновой протеазой в ЦНС. Различные патологические ситуации, в том числе ишемия мозга, приводят к высвобождению катепсинов в цитоплазму клетки, а избыточная активность их вызывает повреждение и гибель клеток. Катепсин В участвует в регуляции апоптоза через сложную систему взаимодействий с TNF-альфа, бикунинном и TSRC1. Катепсин В способен расщеплять три основных компонента мембраны, ламинин, коллаген IV типа и фибронектин при физиологических значениях pH, обладает способностью генерировать проангиогенные, а также антиангиогенные пептиды из макромолекул внеклеточного матрикса. Экспрессия катепсина В в опухолях связана с ангиогенезом и способствует ремоделированию внеклеточного матрикса, что необходимо для формирования капилляров.

Качественная оценка катепсинов проводится путем твердофазного иммуноферментного анализа с антителами. Для диагностики наличия в крови катепсина В используют Human Pro-Cathepsin B Quantikine ELISA Kit.

Для оценки активности катепсина В используется спектрофлуориметрический анализ продуктов катепси-субстрат. Эта цистеиновая пептидогидролаза расщепляет пептидные связи Ala-Pro и Ala-Pro-NH₂. По этому, в качестве субстрата принято использовать вещества Z-Pro-Ala-Ala-Ala-Pro-NH₂ и Z-Pro-Ala-Ala-Ala-Pro-OH.

В.В.Колдунов, О.С.Задорожна, О.Ф.Студзінська

КОМАТОЗНІ СТАНИ

Кафедра патологічної фізіології

Коматозні стани є нерідкими і надзвичайно грізними ускладненнями, що приводять до летального результату. Від уміння лікаря вчасно діагностувати це невідкладний стан і надати медичну допомогу залежить підчас прогноз для життя пацієнта. Коми, будучи гострим патологічним станом, вимагають невідкладної терапії на якомога більш ранніх етапах. За даними Національного науково-практичного товариства швидкої медичної допомоги, на догоспітальному етапі частота ком становить 5,8 на 1000 дзвінків. При цьому догоспітальна летальність досягає 4,4%. Найбільш частою причиною розвитку коматозного стану є інсульт – 57,2%, на другому місці – передозування наркотиків – 14,5%, далі: гіпоглікемічна кома – 5,7%, черепно-мозкова травма (ЧМТ) – 3,1%, діабетична кома і отруєння ліками – по 2,5%, алкогольна кома – 1,3%, кома внаслідок отруєнь різними отрутами – 0,6%. Досить часто причина коми на догоспітальному етапі залишалася не тільки нез'ясованою, але навіть незаподозреною – 11,9%. Лікар повинен вміти не тільки надати невідкладну допомогу хворому в коматозному стані, а й уміти якісно оглянути хворого, провести диференціальну діагностику і визначити причину коматозного стану для проведення всебічної та адекватної терапії. Підставою для оцінки проявів початкового або помірно вираженого пригнічення ЦНС служать розуміння загальних закономірностей розвитку коми і знання тих захворювань і патологічних процесів, при яких кома буває характерним ускладненням, специфічно пов'язаних з патогенезом основного захворювання і визначальним його вітальний прогноз, що передбачає також певну специфічність тактики невідкладної допомоги.

В.В.Колдунов, И.Г.Кречетова, Л.В.Чуприна

РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Кафедра патологічної фізіології

Мета нашої роботи – отримати повну патогенетичну картину захворювання, оскільки розсіяний склероз – одне з найрозповсюдженіших демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи. Останнім часом це захворювання вражає тисячі працездатних українців від 18

років, та поступається поширеністю лише травмам і ревматологічним захворюванням. Багато хворих дізнаються про цей жахливий діагноз лише коли хвороба міцно прив'язує їх до інвалідного візку. Шляхом статистичного аналізу стало відомо, що розсіяний склероз – доволі поширене у світі захворювання, воно було виявлене понад у 2 млн хворих у світі. Згідно статистики в Україні розсіяним склерозом хворіють понад 19 тис. людей. Однак насправді захворюваність набагато вища, оскільки виявити хворобу дуже важко. Незважаючи на майже 100-річну історію вивчення проблеми розсіяного склерозу, вона залишається однією з найактуальніших у наш час в області неврології та нейроімунології. Коли лікарі навчатися виявляти це захворювання на ранніх стадіях – можна буде казати про появу перших кроків у напрямку вирішення цієї проблеми.

Н.С.Петрук, А.В.Литвин

ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ГІПОКСІЇ НА ФОРМУВАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ КОНТАКТНИХ СТРУКТУР КАРДІОМІОЦИТІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра гістології

Актуальність. Відомо, що пренатальна гіпоксія викликає зміни в організмі плода та новонародженого, зокрема, в міокарді. Гіпоксичне ураження серцево-судинної системи зустрічається у 40-70% новонароджених дітей. Про наявність зв'язку між гіпоксичним ураженням міокарда із різноманітними порушеннями серцевого ритму та провідності свідчать дані морфологічних та ультраструктурних досліджень. При цьому виникають зміни й в енергетичному обміні міокарда, що призводить до швидкого зниження його скоротливої функції. Вивчення будови і локального розподілу міжклітинних контактів серця щурів та визначення їх морфологічних особливостей у складі ембріонального міокарда людини може дати пояснення механізмам, що лежать в основі серцевих патологій, асоційованих з локальним порушенням розподілу контактів.

Мета роботи. Визначення ультраструктурних перетворень міжклітинних сполучень кардіоміоцитів у щурів на етапах нормального кардіогенезу та за умов хронічної пренатальної гіпоксії.

Матеріали та методи. Об'єктом вивчення під час експериментально-морфологічного дослідження були білі безпородні щури на різних термінах онтогенезу:

1. Пренатальний період (12, 14, 16, 18, 20 доба).
2. Постнатальний період (1, 3, 7, 14, 30, 90 день та статевозрілі особини).

В якості контролю виступали інтактні здорові щури (84 тварини). Експериментальну групу складали щури (92 тварини), яким моделювання хронічної гіпоксії за змішаним типом проводили за допомогою внутрішньоочеревинного введення у складку 1% водного розчину NaNO_2 у розрахунку 50 мг/кг маси тіла, починаючи з 10-го до 21-го дня вагітності. Отримання датованої вагітності, забір матеріалу, оцінку стадії розвитку здійснювали згідно із стандартними методиками. Утримання тварин в умовах віварію та проведення експерименту здійснювалось згідно «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Київ, 2001) та Закону України №3447-І від 21.02.06 р. «Про захист тварин від жорстокого поводження». Підготовку отриманого матеріалу для подальшого морфологічного вивчення методами електронної та світової мікроскопії проводили за загальноприйнятими правилами. Дослідження проводили в «Лабораторії електронної та світлової мікроскопії» кафедри гістології (ДЗ «ДМА МОЗ України») за допомогою трансмісійного електронного мікроскопа ПЕМ-100-01 («SELMI», Україна) при напрузі прискорення 75-80 кВ і первинних збільшеннях від 8000 до 80000.

Результати та їх обговорення. Морфологічний аналіз перетворень міжклітинних взаємодій кардіоміоцитів у відповідь на вплив хронічної пренатальної гіпоксії дозволив встано-

вити наявність низки суттєвих ультраструктурних змін контактного апарата серця щурів. Слід відмітити, що найбільшої виразності вони набували на ранніх етапах постнатального онтогенезу.

Так, у відповідь на хронічне кисневе голодування відзначалося скорочення довжини вставного диска насамперед у шлуночковому відділі серця, що також супроводжувалось ектазіями у місцях контактів, які забезпечували механічне з'єднання клітин (*macula adherens*, *fascia adherens*). Внаслідок змін геометрії вставного диска, кількість кардіоміоцитів, які взаємодіяли в зоні одного вставного диска, також зменшувалась.

За умов хронічної пренатальної гіпоксії також відбувалося скорочення сукупної та середньої профільної довжини нексусів (*gap junction*), що призводило до зменшення числа та індивідуальної профільної довжини щілинних контактів у розрахунку на 100 μm вставного диска. Окрім цього, під дією хронічної гіпоксії зростала частота латералізації нексусів, що полягала у просторовому перерозподілі щілинних контактів із зони вставного диска до бічної поверхні клітин. Все це призводило до порушення анізотропного розподілу нексусів, який є основою електричної провідності зрілого міокарда та забезпечує його швидку та ефективну деполяризацію.

Описані адаптивні перебудови контактного апарата відбувалися на фоні виразного фіброзу міжклітинного простору в міокарді щурів експериментальної групи, що може слугувати однією з причин погіршення механічної та електричної кооперації кардіоміоцитів.

Підсумок. Проведене експериментально-морфологічне дослідження дозволило проаналізувати вплив хронічної пренатальної гіпоксії на формування спеціалізованих контактних структур кардіоміоцитів, що характеризувався найбільшою морфологічною виразністю у шлуночковому відділі серця на етапі раннього постнатального онтогенезу та позначався якісними та кількісними перебудовами вставного диска.

О.М.Шарапова, К.Е.Набока, В.В.Рибченко

СТРУКТУРНІ ПЕРЕБУДОВИ В ВИЛОЧКОВІЙ ЗАЛОЗІ ПІСЛЯ ОПРОМІНЕННЯ ЩУРІВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИМ ПОЛЕМ НИЗЬКОЇ ЧАСТОТИ

Кафедра урології, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Метою дослідження поставлено з'ясування структурних змін, які відбуваються в вилочкової залозі щурів після опромінення електромагнітним полем низької частоти.

У дослідженні використано 38 щурів-самців лінії Вістар масою 180-200 г, з них контрольна група складала 6 щурів. Експеримент з вивчення впливу електромагнітного поля мереж напруженістю 750 кВ частотою 50 Гц на організм тварин проводився на підстанції «Дніпрообленерго» м.Дніпропетровська.

Після закінчення останньої експозиції електромагнітного поля тварин виводили з експерименту під ефірним наркозом шляхом дислокації шийних хребців. З вилочкових залоз щурів виготовляли гістологічні препарати з фарбуванням їх гематоксиліном та еозином та продивлялись в мікроскопі «Біолам» під збільшенням 10x40.

Мікроскопічно в тимусі контрольних білих щурів лінії Вістар визначалася чітка межа між широкою кірковою та вузькою мозковою речовиною органу, які були інфільтровані лімфоцитами. Питома щільність лімфоцитів становила $0,890 \pm 0,004$ ум.од. Тканину вилочкової залози пронизували кровоносні судини. Зустрічалися поодинокі сегментоядерні нейтрофіли. На гістологічних зрізах, забарвлених гематоксилін-еозином, існувала чітка межа між кірковою та мозковою речовинами органу. У мозковій речовині у тварин обох груп виявлялася мережа реткулоепітеліальних клітин з широкою цитоплазмою і великими слабобазофільними ядрами.

Після опромінення електромагнітним полем в тимусі відбувалось звуження кіркової речовини, виявлялося збіднення її клітинними елементами. Найбільше розрідження лімфоцитів реєструвалося в субкапсулярній зоні кори. Дефіцит клітинних елементів лімфоїдного ряду в кірковій речовині вилочкової залози приводив до стирання межі його з мозковою речовиною. В поле зору з'являлися зруйновані лімфоцити, а також лімфоцити, фагоцитовані макрофагами. Виявлявся набряк ендотелію артеріол і венул органа. Питома щільність лімфоцитів зменшувалась до $0,878 \pm 0,003$ ум.од. ($p < 0,05$).

Підсумок. В тканині вилочкової залози на початку експерименту після дії електромагнітного поля відбувається руйнування тканини органу, що проявилось в дистрофічних процесах в її лімфоцитарному та епітеліальному компонентах. На загальному тлі сильнобазофільних клітин визначалася велика кількість клітин з круглими та сегментованими ядрами, тобто спостерігались явища лімфоцитарного апоптозу клітин тимусу. Зустрічалися одиничні тромби судин. Явища, що відбувалися в тканині тимусу, свідкували про настання перших ознак акцидентальної інволюції цього органу.

НЕВРОЛОГІЯ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

Абораве Сулиман, Е.Н.Майденко, А.А.Буяльская, А.А.Ватченко **ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПОСЛЕ ГЛАЗНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кафедра неврологии и офтальмологии

Среди наиболее частых осложнений у больных сахарным диабетом следует отметить диабетическую ретинопатию и катаракту.

Катаракта у пациентов с данной общей патологией встречается в 2-3 раза чаще, чем у других больных. К сожалению, консервативная терапия катаракты неэффективна, поэтому такой контингент больных довольно часто нуждается в хирургическом лечении, главным стандартом которого является факоемульсификация. Известно, что данный хирургический метод у пациентов с сахарным диабетом приводит к развитию усиленной после операционной экссудативно-воспалительной реакции, а также способствует развитию макулярного отека и прогрессированию диабетической ретинопатии (Завгородняя Н.Т., Костровская Е.О., 2009г.). Больше всего визуальные функции страдают при макулярном отеке, что заставляет офтальмологов вести поиск методов профилактики этого состояния после хирургических вмешательств.

Ряд исследователей предлагает сразу же после оперативного вмешательства пациентам с сахарным диабетом интравитреально вводить 8мг триамцинолона ацетонида. Это препятствует возникновению и прогрессированию макулярного отека, а также способствует уменьшению толщины сетчатой макулярной области в случае предшествующего диабетического макулярного отека.

Другие исследователи полагают, что применение данного метода введения лекарственного препарата в стекловидное тела может привести к ряду осложнений (офтальмогипертензия, отслойка сетчатки, гемофтальм, гифема, эндофтальмит). В последнее время появился более безопасный метод введения лекарственных препаратов – неперфорирующий метод- интрасклеральный.

Оптимистические результаты были получены в случаях субтенонового введения кортикостероидов при лечении макулярного отека. Считаем целесообразным вводить триамцинолон для снятия или уменьшения отека сетчатки не только в послеоперационном периоде, но и в период подготовки больного сахарным диабетом к оперативному вмешательству, что безусловно обеспечит сохранение и даже улучшение зрительных функций.

А.А.Буяльская, Е.Н.Майденко, А.А.Ватченко **СОВРЕМЕННОЕ УСТРАНЕНИЕ ПРЕДМИОПИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ПРИОБРЕТЕННОЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ**

Кафедра неврологии и офтальмологии

Известно, что пусковым механизмом приобретенной близорукости является спазм аккомодации, которому часто (60%) предшествует предспазм аккомодации.

Основной причиной расстройства вегетативной иннервации аккомодации, возникающее на фоне дисфункции вегетативной нервной системы имеет общее состояние организма, часто

хронические интоксикации, перенесенные инфекционные заболевания, особенно вирусная патология.

Научно-технические требования, применяемые в процессе дошкольного и школьного воспитания в последние годы привели к тому, что из каждой тысячи детей почти половина страдает близорукостью. Кроме того, необходимо отметить тот факт, что в 70-80% случаев, слабовидение при близорукости сопровождается явлениями зрительного утомления, то есть астенопии (снижение работоспособности, чувство дискомфорта во время чтения, головная боль, ноющие боли в области орбиты). Особенно астиопия выражена при анизоспазмах и анизомииопии.

Известно, что прогрессирование близорукости и появление ее осложнений (дегенерация сетчатки, ретинопатия, отслойка сетчатой оболочки, пятно Фукса и др.) часто приводит к слабобидению и инвалидности по зрению. Так, среди впервые признанных инвалидами, близорукость составляет около 20%, а среди переосвидетельствованных – свыше 35%.

Существующие методы лечения больных с предспазмами и спазмами аккомодации позволяют добиться положительного эффекта в относительно короткие сроки. И все же свежие спазмы аккомодации часто рецидивируют (30-40%), еще чаще рецидивируют предспазмы (60-65%). Следует также отметить, что устранение этих состояний требует большой затраты времени как со стороны учащегося, его родителей, так и со стороны врача.

Следовательно, несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении и лечении предмиопических состояний, настоятельно необходимы дальнейшие исследования по этому вопросу.

Под нашим наблюдением находилось 47 учащихся (94 глаза) в возрасте 10-15 лет, из них – 25 человек (50 глаз) со спазмом аккомодации, 10 человек (20 глаз) – с предспазмом аккомодации, 12 человек (24 глаза) – с начальной миопией с наслоившимся спазмом аккомодации.

Лечение этих детей проводилось методами микрозатуманивания для дали и для близи, тренировками аккомодации и конвергенции, инстилляциями адренергического препарата мезатона. Спустя 10 дней после лечения предспазмы и спазмы аккомодации у всех детей были полностью устранены, у детей с миопией с наслоившимся спазмом произошло улучшение визуальных функций за счет снятия спазма. Однако через 2 месяца в 40% случаев возникли рецидивы предспазмов и спазмов аккомодации, особенно у детей, перенесших общие инфекционные, чаще вирусные заболевания.

В группе учащихся таких же возрастов (30 человек- 60 глаз) с аналогичными изменениями рефракции глаз (15 человек – 30 глаз – близорукость со спазмом аккомодации, 9 человек – 18 глаз – спаз аккомодации, 6 человек – 12глаз – предспазм аккомодации).

Эта группа детей в комплекс с иной терапией получала дополнительные тренировки на аппарате «Амблиокор ТМ-01», поддерживающего зрительные функции на максимальном уровне мозговых зрительных центров, увеличивающего размеры зрительных полей. Уже через 5-7 дней после начала лечения спазмы и предспазмы, астиопия были полностью устранены. Спустя 2 месяца рецидивы возникли в 10% случаев.

Таким образом применение аппарата «Амблиокор ТМ-01» в комплексном лечении детей с предмиопическими состояниями позволило получить лучшие результаты и рецидивы стали значительно реже.

Ю.А.Верещака, Н.Н.Тимофеев

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНЫХ РЕТИНИТОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Кафедра неврологии и офтальмологии

Общеизвестно, что ретиниты являются основной причиной слепоты при ВИЧ-инфекции. Наиболее часто встречаются ретиниты цитомегаловирусной и герпетической этиологии, реже –

токсоплазмой. Все они имеют определенные клинические особенности, позволяющие при офтальмоскопии заподозрить ту или иную этиологию ретинита.

Под нашим наблюдением находились 10 больных обоего пола с ретинитами цитомегаловирусной этиологии, подтвержденной иммунологически. У 6-ти больных имело место двухстороннее поражение, у 4-х – одностороннее. Преобладала периферическая локализация очагов (2/3 больных). При периферической локализации количество очагов от одного до трех, причем очаги имели большую площадь, достигающую до 1/3-1/2 площади квадранта глазного дна, и располагались преимущественно по ходу сосудистых пучков.

У всех больных имело место снижение уровня CD4+ лимфоцитов < 100 клеток в 1 мл.

При центральной локализации очаги имели несколько меньшую площадь, но при этом в процесс всегда вовлекался зрительный нерв.

Независимо от локализации очаги имели беловатый цвет и «творожистую» поверхность (творожистый некроз сетчатки), что является визитной офтальмоскопической карточкой этого ретинита, сопровождалось кровоизлияниями в сетчатку и у 3-х пациентов – явлениями переднего увеита.

В исходе ретинита формировались обширные атрофические очаги с участками депигментации, витреоретинальной пролиферацией и тракционной отслойкой сетчатки у 4-х больных. При центральной локализации, кроме этого, формировалась полная атрофия зрительного нерва (100% больных).

Таким образом, к особенностям ретинитов цитомегаловирусной этиологии можно отнести:

1. Творожистый (зернистый) некроз сетчатки в зоне поражения.
2. Снижение уровня CD4+ лимфоцитов меньше 100 клеток в 1 мл.
3. Кровоизлияния в сетчатку.
4. Большая площадь поражения сетчатки.
5. Сопутствующий передний увеит.

Надеемся, что наши наблюдения помогут врачам-офтальмологам в диагностике цитомегаловирусного ретинита у ВИЧ-инфицированных.

Ма Цзинхуа, В.Н.Сакович

НОВЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КЕРАТИТОВ

Кафедра неврологии и офтальмологии

Актуальность темы. Заболевания роговой оболочки занимают одно из ведущих мест среди причин снижения остроты зрения и слепоты взрослого трудоспособного населения.

Впервые в офтальмологии нами предложен новый способ лечения бактериальных кератитов, включающий применение Хило-Комода. Хило-Комода – это препарат, который содержится в состав его входит гиалуроновая кислота.

Целью работы является повышение эффективности комплексного лечения больных бактериальными кератитами на основе изучения терапевтической эффективности Хило-Комода.

Задачи исследования состоят из разработки методики применения Хило-Комода в офтальмологической практике и разработке рациональной схемы комплексного лечения бактериальных кератитов.

Материалы и методы. Нами пролечено 50 больных бактериальными кератитами (основная группа составляла 24 больных, контрольная – 26 больных). Всем больным, в зависимости от тяжести процесса, назначали антибиотики, противовирусные препараты, десенсибилизи-

нующую, осмо- и витаминотерапию. Кроме того, больным основной группы назначали закапывания Хило-Комода 4 раза в день.

Результаты и их обсуждение. Применение Хило-Комода хорошо переносилось больными. Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что у больных основной группы бактериальными кератитами наблюдалось ускорение рассасывания инфильтратов (на $3,6 \pm 0,2$ дня), сроков эпителизации роговицы (на $4,2 \pm 0,3$ дня). Сокращение сроков лечения (на $5,4 \pm 0,2$ дня).

Выводы. Применение Хило-Комода в комплексном лечении бактериальных кератитов способствует более быстрому стиханию воспалительного процесса, ускорению эпителизации роговицы и сокращению сроков лечения больных.

Е.Н.Майденко, Е.В.Алексеева, М.В.Дунаева

ИММУНОМОДУЛИРОВАННЫЕ КОНЬЮНКТИВИТЫ, СВЯЗАННЫЕ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра неврологии и офтальмологии

Воспалительные заболевания конъюнктивы в 13% случаев возникают на фоне системных заболеваний. Самые тяжелые – это связанные с патологией мукозной мембраны – синдром Стивена-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, глазной пемфигOID.

Синдром Стивенса-Джонсона – буллезный дерматит, сопровождающийся поражением глаз. Болезнь протекает тяжело, с высокой температурой. Воспалительные процессы в конъюнктиве протекают по типу катарального, слизисто-гнойного или псевдомембранозного конъюнктивита. В процесс вовлекается роговица, где появляется инфильтрация, изъязвления, помутнения и васкуляризация. Может произойти перфорация роговицы. Заболевание обычно сопровождается иридоциклитом. В исходе возможны заворот век, трихиаз, заращение слезных точек в результате субконъюнктивального фиброза, сухой кератоконъюнктивит, ксероз, симблефарон, анкилоблефарон, бельма, эктазия роговицы, развитие паннуса.

Синдром Лайелла – токсический эпидермальный некролиз. Между клиническими проявлениями синдрома Лайелла и Стивенса-Джонсона нет принципиальной разницы, есть лишь качественные отличия в степени выраженности изменений на коже и слизистых оболочках. Заболевание является одной из самых тяжелых форм лекарственной аллергии.

Глазной пемфигOID – хроническое, медленно текущее кожное заболевание с поражением слизистых оболочек, где образуются пузыри, возникает сморщивание и рубцевание. Отличается тяжелым общим течением, поражением нервной, эндокринной системы, нарушением обмена веществ. Воспалительный процесс в конъюнктиве сопровождается слизисто-гнойным отделяемым. Для заболевания характерно прогрессирующее течение. Вскрытие субэпителиальных пузырей в конъюнктиве влечет за собой пролиферацию соединительной ткани и укорочение сводов. Развиваются ксероз, кератоз, формируется симблефарон. В роговице имеют место изъязвления, помутнения, васкуляризация. Встречаются тяжелые формы ксерозов и после ожогов.

Лечение синдрома Лайелла и Стивенса-Джонсона. Основные мероприятия направлены на коррекцию гиповолемии, проведение неспецифической дезинтоксикации, предотвращение развития осложнений, в первую очередь инфекций, а также исключение повторного воздействия аллергена.

Врач окулист назначает обработку слизистых оболочек глаз 6 раз в сутки: глазные гели – офтагель по 1 капле в пораженный глаз 1-4 раза в день), глазные капли – азеластин (разрешен детям с 4 лет) по 1 капле в каждый глаз 2 раза в день и др., при тяжелых проявлениях – кортикостероидные глазные капли и мази – преднизолон 0,5% по 1-2 капли 3 раза в день и др.

Лечение рубцового пемфигOIDа

Улучшить состояние больного и уменьшить риск инфицирования глаза могут заменители слезы и криоэпителиция или электроэпителиция неправильно растущих ресниц. При прогресси-

ровании рубцевания или помутнения роговицы показана системная иммуносупрессия с использованием дапсона и циклофосфамида.

Местное лечение рубцового пемфигоида стероиды применяют в острой стадии;

- заменители слезы используют для восполнения дефицита собственной слезы;
- антибиотики применяют после взятия посевов с конъюнктивы и век.

Подконъюнктивальные инъекции митомицина С могут быть эффективны для предотвращения прогрессирования конъюнктивального рубцевания.

Силиконовые контактные линзы для защиты роговицы от повреждения ресницами и высыхания используют с осторожностью. Твердые склеральные контактные линзы могут быть эффективными для удержания слезной пленки на поверхности роговицы и ее защиты от выделений и механического повреждения веками, но они не предотвращают рубцевания сводов.

В большинстве случаев требуется **системное лечение пемфигоида**:

- стероиды используют при острых проявлениях;
- Dapsone можно использовать при умеренных проявлениях для уменьшения вовлечения тканей в процесс;
- цитотоксические средства (метотрексат, циклофосфамид) могут быть полезны в подавлении конъюнктивального воспаления и предотвращении прогрессирования сморщивания слизистой. Азатиофрин менее эффективен при монотерапии, но может быть ценен при комбинации с другими частично эффективными средствами;
- внутривенное введение иммуноглобулинов может быть эффективным при упорно протекающем процессе.

Хирургическое лечение рубцового пемфигоида требуется при следующих осложнениях:

- Рубцовый заворот века и неправильный рост ресниц.
- Тяжелое проявление «сухого» глаза, когда необходима окклюзия слезных точек, если они не закрыты рубцами.
- Большие распространенные роговичные дефекты могут требовать тарзорафии или инъекции токсина ChI. botulinum в леватор для стимуляции птоза и ускорения заживления.
- Кератопротезирование можно применять на глазах с прогрессирующим ороговением глазной поверхности.

Ю.В.Мельничук, Т.В.Мора, М.В.Дунаева

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ КОНЬЮНКТИВИТЫ, СВЯЗАННЫЕ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра неврологии и офтальмологии

В практике врача офтальмолога, наряду с банальными бактериальными и вирусными конъюнктивитами, встречаются заболевания неинфекционной этиологии. При этом глазные проявления могут быть первым симптомом заболевания. Задачей врача офтальмолога является своевременная диагностика патологического процесса и назначение адекватной терапии совместно. При этом важно не только вылечить конъюнктивит, а провести адекватную терапию совместно с дерматологом. В статье дается краткий обзор заболеваний, наиболее часто встречающихся в практике врача офтальмолога.

Розацеа – это хроническое кожное заболевание, основными признаками которого являются покраснение кожи и образование высыпаний на лице. Примерно в половине случаев розацеа сопровождается поражением глаз. Основными признаками розацеа являются: стойкое покраснение лица, высыпания на лице, уплотнение кожи лица в области покраснений, расширение сосудов и проявление красной сосудистой сетки, ринофима. Поражения глаз встречается примерно у половины заболевших. Больные предъявляют жалобы на покраснение, сухость, резь, ощущение песка или инородного тела в глазах, слезотечение. Светобоязнь является симптомом

вовлечения в процесс роговицы. Также часты случаи рецидивирующих ячменей, что может вызывать отеки и боль.

Псориаз – хроническое неинфекционное заболевание, дерматоз, при котором появляются красные шелушащиеся пятна, покрытые серебристыми чешуйками, вызывающие зуд. В настоящее время предполагается аутоиммунная природа этого заболевания. Обычно псориаз вызывает образование чрезмерно сухих, красных, приподнятых над поверхностью кожи пятен, так называемые псориатическими бляшками. Эти пятна являются по своей природе участками хронического воспаления и избыточной пролиферации лимфоцитов, макрофагов и кератиноцитов кожи, а также избыточного ангиогенеза (образования новых мелких капилляров) в подлежащем слое кожи. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, как у мужчин так и у женщин. Часто бывает наследственным. Офтальмологические симптомы проявляются примерно у 10% больных. Наиболее распространенные поражения со стороны глаз – это блефариты, эритемы и отеки. Псориатические бляшки могут быть также и на веках. При тяжелых хронических формах могут возникнуть трихиаз, рубцовые завороты. Хронический неспецифический конъюнктивит может привести к синдрому «сухого глаза» и кератоконъюнктивиту.

Атопический дерматит (диффузный нейродермит) – это хроническое воспалительное заболевание кожи аллергической природы, главным симптомом которого является сильный зуд. Предрасположенность к диффузному нейродермиту, а также к другим атопическим заболеваниям (бронхиальная астма, поллинозы, аллергический ринит) передается генетически. У большинства пациентов заболевание начинается в возрасте до 12 лет. В зрелом возрасте атопический дерматит манифестирует очень редко. Причиной развития аллергической реакции в коже при атопическом дерматите является гиперреактивность организма в ответ на взаимодействие с различными веществами. Эти вещества являются для организма больного аллергенами. В качестве аллергена может выступать пыльца растений, домашняя пыль, шерсть животных, различные пищевые продукты, бытовая химия и др. Выделяют воздушный, контактный и пищевой путь проникновения аллергена в организм. При вовлечении век и конъюнктивы, развивается атопический кератоконъюнктивит. Атопический кератоконъюнктивит представляет угрозу при вовлечении роговицы. В основе заболевания лежат аллергические реакции немедленного типа. Наиболее распространенные жалобы – зуд, жжение в глазах, слезотечение, гиперемия (покраснение век и конъюнктивы глаз). При осмотре определяются желтовато-белые точки в области лимба (точки Трантаса). В слезной жидкости выявляются IgE, эозинофилы, лимфоциты. Базофилов и тучных клеток мало. Осложнения: язвы и помутнение роговицы, отслойка сетчатки, кератоконус, в 8% случаев катаракта. Особенность катаракты при аллергическом конъюнктивите – преимущественное поражение передней части хрусталика и быстрое (в течение 6 мес) прогрессирование до стадии зрелой катаракты. Часто присоединяется стафилококковый блефарит.

Ихтиозы – это группа наследственных заболеваний кожи, которая характеризуется нарушениями ороговения. Этиология неизвестна. Различают несколько клинических форм, обусловленных различными группами мутантных генов, биохимический дефект которых окончательно не расшифрован. Придают большое значение недостаточности витамина А, эндокринопатиям (гипофункции щитовидной железы, половых желез). Патологический процесс – гиперкератоз – приводит к появлению на коже чешуек, напоминающих рыбью чешую. Носители ихтиоза страдают истончением и хрупкостью волос, ногтей и зубов. Сухость, ломкость, расслаивание, множественный запущенный кариес становятся неотъемлемыми спутниками человека до излечения. Замечена связь между генной аномалией и сильной предрасположенностью к прогрессирующей близорукости с самого детства. Достаточно часто болезнь осложняется хроническим конъюнктивитом и ретинитами. Эктропион является наиболее значимым осложнением поражения века. На роговице могут возникать точечные эпителиопатии и эрозии роговицы, в нелеченых случаях развивается рубцевание роговицы и васкуляризация.

Е.А.Панина, В.Н.Сакович, Т.В.Игнатенко

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ШЕГРЕНА

Кафедра неврологии и офтальмологии

Синдром Шегрена – аутоиммунное системное поражение соединительной ткани, проявляющееся вовлечением в патологический процесс желез внешней секреции, главным образом слюнных и слёзных, и хроническим прогрессирующим течением. Название дано в честь шведского офтальмолога Шегрена (1899–1986), который впервые описал данный синдром. Синдром Шегрена может существовать сам по себе (первичный), или развиваться через много лет после начала других ревматических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, первичный билиарный цирроз и др. (вторичный синдром Шегрена). Аутоиммунный процесс приводит к апоптозу секреторных клеток и эпителия выводных протоков, вызывая повреждение железистой ткани.

К постоянным клиническим признакам поражения слёзных желез при СШ относят сухой кератоконъюнктивит (СКК). Среди клинических форм СКК выделяют начальную (сухой хронический кератоконъюнктивит, сухой хронический блефароконъюнктивит, эпителиальная дистрофия роговой оболочки I ст.), выраженную (эпителиальная дистрофия роговой оболочки II–III ст.) и позднюю (нитчатый кератит, буллезно-нитчатый кератит, ксероз роговой оболочки). Развитие СКК связывают с поражением слёзных желез и, как следствие этого, нарушением их секреторной функции. Снижается продукция слёзы и муцинов. В результате нарушается стабильность прекорнеальной слёзной пленки, ослабляется ее прочность, повышается испаряемость, что приводит к развитию ксероза («сухого глаза»). Наряду со снижением количества слёзы изменяется ее качественный состав – уменьшается содержание лизоцима, лактоферрина, иммуноглобулина А и др., что предрасполагает к развитию вторичной инфекции вирусной и бактериальной природы. Больные предъявляют жалобы на ощущение рези и жжения, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах, появление отделяемого в виде длинных слизистых нитей, светобоязнь. Позднее снижается острота зрения, а при присоединении гнойной инфекции развиваются язвы и перфорация роговицы. При объективном обследовании выявляются утолщение и гиперемия краев век, инъекция и отечность конъюнктивы, скопление отделяемого в виде комочков в углах глаз либо в виде слизистых нитей в полости конъюнктивы. Осложнением течения сухого кератоконъюнктивита может быть присоединение вторичной инфекции, перфорация роговицы вследствие истончения ткани роговой оболочки. Отличительным симптомом синдрома Шегрена является генерализованная сухость слизистых оболочек.

Диагностика: ANA-профиль (anti-nuclear antibody – антиядерные антитела), проба Ширмера, сиалометрия, сиалография, биопсия добавочных желез, биомикроскопия с помощью щелевой лампы, общий анализ крови, УЗИ-исследование слюнных желез.

Е.И.Попова, Н.Г.Клопоцкая

ФОРМИРОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТИ ГЛАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЗАДНЕЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ С ИМПЛАНТИРОВАНИЕМ ИНТРАОРБИТАЛЬНОГО ВКЛАДЫША ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА «ЭКОФЛОН» (САНКТ – ПЕТЕРБУРГ) У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СУБАТРОФИЕЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Кафедра неврологии и офтальмологии

Актуальность. Около 50% случаев энуклеация сопровождается развитием анофтальмического синдрома – комплекса косметических недостатков, вызванных отсутствием глазного яблока или заменяющего его орбитального имплантата, который проявляется глубокой посад-

кой и неподвижностью протеза, западением верхнего века в области верхней орбиты - пальпебральной борозды, провисанием нижнего века, наличием наружной спайки конъюнктивальной полости. Возникший косметический дефект бывает тяжело устранимым и требует проведения ряда последовательных хирургических вмешательств. Профилактика развития косметического дефекта заключается в правильно выбранной хирургической тактике, включающей способ удаления глаза, выбор имплантационного материала, создание из него опорно-двигательной культи – основы для дальнейшего протезирования. Единственным способом профилактики и лечения анофтальмического синдрома является помещение в орбиту имплантата, восполняющего объем и форму удаленного глазного яблока.

Из вышесказанного становится понятна актуальность полноценной косметической реабилитации этой категории пациентов

Цель. Оценить возможность формирования ОДК после задней энвисцерации с имплантированием интраорбитального вкладыша «Экофлон» у больных с посттравматической субатрофией глазного яблока.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 5 пациентов с посттравматической субатрофией глазного яблока, возрастом от 17 до 60 лет, в анамнезе которых имелось проникающее ранение глазного яблока давностью от 3 месяцев до 7 лет. Всем пациентам после травмы была выполнена первичная хирургическая обработка ран с ушиванием проникающего ранения роговой и/или склеры. В последующем у больных развилась субатрофия глазного яблока. Оперативное лечение проводилось методом задней энвисцерации с имплантацией вкладыша из ПТФЭ в полость фиброзной капсулы глазного яблока. Контроль осуществлялся в 1е сутки после операции, через 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца, путем биомикроскопии ОДК глазного яблока, определения подвижности (объем движений) ОДК (определяли в градусах по методике, описанной М.Г. Катаевым с соавторами (2001) – по четырем основным меридианам с вычислением суммарного показателя), косметический эффект после протезирования.

С целью устранения данного дефекта было проведено оперативное лечение в объеме задней энвисцерации с имплантированием в фиброзную капсулу интраорбитального импланта из ПТФЭ «Экофлон». Основные этапы проведенной операции:

1. Круговая конъюнктивотомия по лимбу; отсепаровка конъюнктивы и теноновой капсулы
2. Пересечение наружной прямой мышцы
3. наложение зажима на зрительный нерв и его пересечение ножницами
4. Ротация глазного яблока задним полюсом вперед
5. Выкраивание диска склеры заднего полюса глазного яблока диаметром 5,0 мм с центром в области зрительного нерва
6. 4 радиальных разреза склеры, удаление содержимого фиброзной капсулы глаза
7. Помещение в полость фиброзной капсулы глазного яблока имплантата. Ушивание склеральных разрезов
8. Поворот в исходное положение глазного яблока
9. Шовная фиксация наружной прямой мышцы
10. Ушивание теноновой капсулы и конъюнктивы

Результаты исследования. Послеоперационный период у всех исследуемых пациентов прошел гладко, без осложнений, отторжения импланта не наблюдалось. Контроль состояния пациента осуществлялся в 1е сутки после операции, через 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца, путем биомикроскопии ОДК глазного яблока, определения подвижности (объем движений) ОДК (определяли в градусах по методике, описанной М.Г. Катаевым с соавторами (2001) – по четырем основным меридианам с вычислением суммарного показателя) и оценкой косметического эффекта после протезирования. Суммарные показатели подвижности здоровых глаз был равен $148,3 \pm 2,8^\circ$, тогда как суммарный объем движений ОДК составил $147,0 \pm 3,1$. Суммарный объем движений индивидуального глазного протеза был равен $121,0 \pm 2,1^\circ$, что составляет 82,3 % от суммарной подвижности ОДК глазных яблок этих больных.

Заключение. Результаты клинического исследования подтверждают безопасность и эффективность формирования ОДК глазного яблока имплантацией ПТФЭ «Экофлон» (Санкт – Петербург) при задней эквисцерации для профилактики и устранения анофтальмического синдрома, так как объем движений такой культи практически соответствует здоровому глазу, и косметический дефект выражен минимально (при сравнении результатов пациентов без соответствующего протезирования и при эквисцерации традиционным способом.).

А.Б.Стриженко, Ю.В.Гетман

ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра неврологии и офтальмологии

Изменениями со стороны органа зрения во время беременности занимаются, как офтальмологи, так и врачи смежных специальностей: акушеры-гинекологи, невропатологи, терапевты, курирующих беременных.

Миопия – наиболее частый вид аметропии, прогрессирование и осложнения которого могут привести к серьезным необратимым изменениям органа зрения, вплоть до полной потери зрения.

В возникновении ПВРХД доказана роль наследственных, трофических и травматических факторов. Известны также иммунологические механизмы формирования различных форм ПВРХД.

Во время беременности из-за увеличения нагрузки на сердечно-сосудистую систему возникают физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения центрального глазного давления. Это связано с усилением обмена веществ, увеличением ОЦК, ЧСС и венозного давления, обусловленных формированием маточно-плацентарного кровообращения.

Наиболее опасными осложнениями у этой группы беременных считают отёк зрительного нерва, кровоизлияние в сетчатку и её отслойку.

Несмотря на очевидные и бесспорные различия в этиологии и патогенезе гестоза и миопии, существуют некоторые механизмы, сходные в их возникновении и прогрессировании. В частности, в основе патогенеза позднего гестоза лежат сосудистые расстройства: изменение проницаемости сосудистой стенки, застой крови, генерализованный спазм сосудов, нарушение реологии крови и микроциркуляции. В основе развития и прогрессирования миопии первостепенное значение имеет состояние регионарной (мозговой) и местной (глазной) гемодинамики.

Важнейшей закономерностью формирования нарушений метаболизма при беременности, осложнённой гестозом, считают возникающую при этом комбинированную гипоксию и ацидоз, и, как следствие, нарушение важнейших систем гомеостаза: дыхательной, циркуляторной, метаболической.

Отмечают значительный дефицит кровообращения в органе зрения у беременных с артериальной гипотензией и АГ, анемией и гестозом.

Все беременные должны быть своевременно осмотрены офтальмологом на 10-14 нед беременности с обязательным проведением офтальмоскопии в условиях максимального лекарственного мидриаза. При обнаружении патологических изменений на глазном дне показано проведение ограничивающей лазерной коагуляции вокруг разрывов или хирургического вмешательства при отслойке сетчатки. При миопии средней и высокой степени беременных осматривают в каждом триместре. Повторный осмотр офтальмологом показан на 36–37-й неделе беременности, при котором делают окончательное заключение о выборе метода родоразрешения по офтальмологическим показаниям.

В случае неэффективности симптоматического лечения гестоза или фонового заболевания, особенно если патологические изменения на глазном дне прогрессируют – показано прерывание беременности.

Степень миопии не связана с риском и тяжестью ПВХРД, и, следовательно, на её основании нельзя оценить опасность офтальмологических осложнений в родах. По этой причине широко распространённое мнение о том, что при близорукости до 6 диоптрий возможно родоразрешение через естественные родовые пути, а при миопии более высокой степени показано КС, неверно. Только наличие дистрофической отслойки сетчатки, а также грубых дистрофических изменений в сетчатке, представляющих угрозу развития осложнений, служат показаниями к КС по состоянию органа зрения.

Причину возможной отслойки сетчатки связывают с повышенной нагрузкой и значительными изменениями общей гемодинамики в процессе родового акта. Наиболее выраженные изменения гемодинамики отмечают во 2-м периоде родов, когда к сократительной деятельности матки присоединяется значительная физическая нагрузка, обусловленная напряжением скелетной мускулатуры женщины. В этот период родового акта возникают существенные сдвиги в системе кровообращения, повышается АД. Во время потуг женщина испытывает очень большую нагрузку, а некоторые пытаются тужиться не в промежность, а в «лицо» и «глаза». В результате лопаются мелкие сосуды глаз и возможно отслоение сетчатки. Офтальмологи рекомендуют сокращать 2-й период родов путём наложения акушерских щипцов, перинеотомии.

Всем женщинам с ПВХРД показано наблюдение у офтальмолога по месту жительства с осмотром не реже 1 раза в год.

К основным критериям при отборе беременных, у которых родоразрешение проводят через естественные родовые пути, относят: состояние беременной (отсутствие тяжёлой экстрагенитальной патологии и тяжёлых осложнений беременности), удовлетворительное состояние плода, готовность организма беременной к родам на сроке 38–40 нед, заключение офтальмолога о возможности проведения родов *per vias naturales*, согласие беременной на самопроизвольные роды.

Роды через естественные родовые пути возможны в следующих ситуациях:

- Отсутствие патологических изменений на глазном дне.

Наличие ПВХРД, при которых нет необходимости проводить профилактическую лазерную коагуляцию сетчатки, в случае отсутствия ухудшения состояния глазного дна за время беременности.

Несмотря на то, что офтальмолог даёт заключение о рекомендованном способе родоразрешения, решение в каждой конкретной ситуации принимают консультирующе совместно с акушером-гинекологом, курирующим беременную.

Абсолютные показания к родоразрешению путём операции КС:

- Отслойка сетчатки во время настоящих родов.
- Отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная на 30–40-й неделе беременности.

- Ранее оперированная отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу.

Выделяют следующие относительные показания к родоразрешению путём операции КС:

- Обширные зоны ПВХРД с наличием витреоретинальных тракций.
- Отслойка сетчатки в анамнезе.

Альтернативным вариантом может быть родоразрешение с выключением потуг во 2-м периоде родов.

Инфекционные заболевания глаз

Имеется целый ряд работ, специально посвященных поражению глаз токсоплазмозом. Характер поражения может быть различным. При врожденном токсоплазмозе разные авторы наблюдали коллобому соска зрительного нерва и желтого пятна, атрофию зрительного нерва, кератит, хориоидит, злокачественную близорукость, хориоретинит, врожденную катаракту, дегенерацию желтого пятна, микрофтальм, врожденную глаукому. Эта патология часто сочеталась с косоглазием и нистагмом. При приобретенном токсоплазмозе чаще всего встречается центральный хориоретинит, у отдельных лиц - неврит и атрофия зрительного нерва.

При установлении диагноза токсоплазмоза должно быть начато энергичное лечение хлоридом в сочетании с сульфаниламидами. Вопрос о возможности сохранения беременности

решается в процессе наблюдения, в зависимости от тех сдвигов, которые наблюдаются после начала лечения. Если зрение будет улучшаться, то беременность может быть сохранена и, наоборот, если зрение будет ухудшаться, беременность следует прервать. При стабилизации процесса вопрос решается индивидуально, в зависимости от степени поражения и желания матери иметь ребенка.

Туберкулез глаз встречается редко. Практика показала, что под влиянием беременности почти всегда происходит обострение как незаконченного, так и старого законченного процесса. А. И. Быкова наблюдала такое обострение у 23 больных из 24, причем у большинства больных оно возникало в первые 3 месяца беременности, реже на 6-7-м месяце и еще реже - в периоде лактации, поэтому следует быть весьма осторожным при решении вопроса о возможности сохранения беременности. Современные методы лечения туберкулеза открывают значительно большие, чем раньше, возможности в деле успешного лечения туберкулеза.

Однако, как показала А.И.Быкова, при туберкулезе глаз с вовлечением в процесс сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва медикаментозное лечение оказалось неэффективным, поэтому у таких больных беременность, безусловно, должна быть прервана. При туберкулезном поражении роговицы, склеры, радужной оболочки и цилиарного тела беременность может быть сохранена при условии, если под влиянием специфического лечения процесс будет затихать. При неэффективности терапии и особенно при прогрессировании болезни беременность следует прервать.

Диабетическая ретинопатия – повреждение мелких кровеносных сосудов, снабжающих сетчатку кровью. За развитие диабетической ретинопатии ответственны несколько факторов риска: нарушение обмена веществ, большой «стаж» диабета, высокое артериальное давление, беременность. Известно, что у женщин с диабетом во время беременности ретинопатия прогрессирует

Во-первых, нарушение обмена веществ, кровообращения, гормональные изменения, обычно возникающие при беременности, могут оказать дополнительную нагрузку на кровеносные сосуды сетчатки. Улучшение обмена веществ может стать причиной прогрессирования ретинопатии. И, тем не менее, чем хуже обмен веществ, тем большей опасности подвергается плод.

Во-вторых, гормональные изменения негативно влияют не только на уровень сахара крови, но и на кровеносные сосуды сетчатки, которые могут кровоточить и пропускать жидкость.

В-третьих, во время беременности может наблюдаться повышенное артериальное давление – фактор риска развития ретинопатии, так, например, преэклампсия у женщин с диабетом развивается в три раза чаще, чем у здоровых представительниц этого пола.

Чем серьезней степень ретинопатии до беременности, тем больше риск ухудшения ее течения во время беременности. Так, у женщин, страдающих мягкой или средней формой ретинопатии до беременности, может развиваться макулярный оттек, влекущий за собой значительное ухудшение зрения по причине скопления большого количества жидкости и с трудом поддающийся лечению при помощи лазерной фотокоагуляции. Хотя в большинстве случаев макулярный оттек проходит после беременности, но зрение не всегда полностью восстанавливается.

У женщин, страдающих в начале беременности средней или тяжелой формой ретинопатии, при которой сетчатка еще не начала наращивать новые кровеносные сосуды, зрение может резко ухудшиться во время второго триместра, но улучшиться после родов. И чем серьезней степень ретинопатии, тем выше риск того, что сетчатка начнет наращивать новые кровеносные сосуды. В этом случае пациентке необходимо немедленно пройти лазерную терапию.

Следует отметить, что пациенткам с гестационным диабетом не грозит риск развития ретинопатии.

При мягкой или средней форме диабетической ретинопатии риск нарушения зрения может быть снижен посредством нормализации уровня сахара крови до беременности. Также необходимо лечить и повышенное артериальное давление, но только прибегая к помощи препаратов, безопасных для беременных.

Во время беременности женщины с диабетом должны проходить регулярное глазное обследование. В настоящее время существуют методы лечения, благодаря которым можно успешно лечить диабетическую ретинопатию и не отказываться от возможности стать матерью из боязни потерять зрение.

ОНКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА РАДІОЛОГІЯ

О.І.Асєєв, В.С.Бондаренко, Г.Д.Дзюбенко

ПІГМЕНТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ: АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ

Кафедра онкологии и медицинской радиологии,

Пігментні утворення шкіри дуже часто зустрічаються у різних країнах світу. Цьому може сприяти низка різних чинників: надмірна інсоляція, підвищення фонового рівню випромінювань та інші.

Метою нашої роботи було створення алгоритму ранньої діагностики пігментних новоутворень шкіри, який дає більш чітко встановити ранні форми злоякісних утворень шкіри.

Матеріал і методи. Матеріалом нашого дослідження стало ретроспективне дослідження історій хвороб 210 пацієнтів із пігментними утвореннями шкіри, що проходили лікування з 2009 по 2012 рр. на базі 4 міської лікарні м. Дніпропетровська. Для діагностики злоякісних утворень шкіри використовувались наступні види досліджень: фізикальне дослідження пацієнта, дерматоскопія, різні види біопсій.

Результати. При діагностиці пухлин шкіри важливим є фізикальний огляд, використання системи ABCDE – це дозволяє лікарю ефективніше проводити скринінг. Встановлено, що дерматоскопія пігментного утворення шкіри зі збільшенням у 10 разів є найбільш доцільним методом дослідження. Найефективнішим методом біопсії при злоякісних утворень шкіри до 1 см в діаметрі є радіохвильова ексцизійна біопсія, а при більших розмірах хірургічне видалення пухлини.

Висновки. Алгоритм ранньої діагностики пухлин шкіри повинен включати огляд хворого і дерматоскопічне дослідження, а при виникненні підозр – ексцизійна біопсія. Якщо є множинні новоутворення шкіри, найбільш доцільним є фотореєстрація з подальшим динамічним спостереженням.

А.И.Асеев, О.А.Хомич

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ, ПРИЧИНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К СТАНДАРТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Кафедра онкологии и медицинской радиологии,

Цель. Изучить онкофакторы, приводящие к ПРГШ, рассмотреть и выделить основные пути приобретения опухолевыми клетками резистентности к проводимой химиотерапии.

Задачи:

1. Определить онкопатогены.
2. Выделить основные «мишени» для химиотерапии в опухолевых клетках.
3. Изучить причины опухолевой резистентности.
4. Акцентировать внимание на взаимосвязанном воздействии генных мутаций в приобретении резистентности опухолевыми клетками.

Рак головы и шеи является шестым наиболее распространенным типом рака в мире. Более чем 90% раков головы и шеи гистологически являются плоскоклеточными.

Ежегодный прирост уровня заболеваемости составляет 0,6%, и рак продолжает «молодеть». Исследования в области эпидемиологии рака показали, что причиной 90–95% злокачественных опухолей являются канцерогенные факторы окружающей среды и образа жизни.

Наследственность в большей степени влияет на индивидуальную предрасположенность к развитию рака, определяя особенности метаболизма канцерогенных веществ и способность репарировать ДНК

"Золотым стандартом" химио-лучевой терапии ПРГШ считают сегодня комбинацию производных платины и 5-фторурацила. Но у большинства пациентов развиваются местные и/или региональные рецидивы, а отдаленные метастазы возникают у 20–30% пациентов.

1. Опухолевые клетки способны восстанавливать свой объем в интервалах между циклами терапии (кинетика роста опухолевых клеток, теория Гомпертца).

2. Необходимо направленное воздействие на саму опухоль, а не на весь организм в целом (воздействие на рецептор EGFR - эпидермальный фактор роста, нередко мутирует).

3. Замещение выпадающей функции сигналов с рецептора EGFR другими рецепторами и сигнальными путями.

4. Мутации генов.

а) Ген KRAS. Следствием мутации KRAS является независимая от рецептора активация сигнального пути EGFR.

б) Ген p53. 50% опухолей головы и шеи содержит мутантный p53. Ген ответственный за остановку клеточного цикла и апоптоз.

в) Аллельный дисбаланс. Делеция 17p локус которой связан с геном p53.

г) Мутации в генах или белках, которые не являются непосредственными мишенями препарата (выключение гена MED12, что активирует рецептор трансформирующего фактора роста бета - TGF-βR).

д) Ген mdrl. Ответственный за метаболизм канцерогенных веществ, их активацию, детоксификацию и репарацию ДНК. Механизмы регуляции mdr-генов имеют общность с регуляцией генов, участвующих в метаболизме глутатиона.

5. Зависимость роста опухолей от неоангиогенеза. Необходимо воздействие на VEGF рецепторы сосудистого эндотелиального фактора роста, находящиеся на поверхности опухолевых клеток.

4. Активация трансмембранных транспортных белков, выводящих различные вещества из клетки (в частности, Р-гликопротеина – Pgp).

6. Активация детоксификационных систем. К ним относятся:

а) Система GSH (глутатионовая). К этой системе относятся белки MRP и LRP, являющиеся транспортерами конъюгатов глутатиона.

б) Система биотрансформации, деградации и выведения ксенобиотиков. Запрограммирована генетически.

в) Изоформы цитохрома Р-450. К ним в первую очередь относятся изоформы CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2E1 и CYP3A4.

7. Повышения активности ДНК-полимераз, которые обуславливают репарацию ДНК:

а) Фермент топоизомераза II (Топо II).

б) Группа ферментов тирозин-киназы (осуществляют передачу сигнала в опухолевых клетках, к данной группе относится и семейство EGFR).

8. Повышение экспрессии антиапоптотических белков. Белок Bcl-2 способен тормозить апоптоз, вызываемый p53.

9. Во многих результатах выявлена неадекватность дозы в зависимости от площади тела пациента.

Выявлены некоторые отличия в альтерации генома при опухолях индуцированных ВПЧ и опухолях без ВПЧ (касаются мутаций p53, KRAS, EGFR).

Развитие лекарственной устойчивости к используемым лекарственным препаратам является одним из проявлений фундаментального биологического свойства всех живых организмов – приспособления к изменениям условий внешней среды.

Это позволяет сделать вывод о том, что лечение должно быть сугубо индивидуальным, базирующимся на генетическом составе опухоли конкретного пациента.

А.И.Асеев, М.Х. Эльхажж

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра онкологии и медицинской радиологии,

Медицинская наука столкнулась с парадоксом в онкологии: внедрение современных препаратов позволяет увеличить безрецидивную выживаемость при локальных стадиях опухолевого процесса, но не приводит к значимому увеличению общей выживаемости при распространенных формах заболевания. Основной причиной является развитие резистентности опухолей к терапии.

Одной из важнейших особенностей опухолевого роста является способность пролиферирующих клеток генерировать клеточную гетерогенность. Это означает, что большинство солидных опухолей представляют собой мозаику из морфологически идентичных, но биологически разных клеток, что является основной причиной отсутствия высокой эффективности химиотерапии.

Показано, что лекарственная резистентность является скорее относительной, чем абсолютной. При относительной лекарственной резистентности вероятность гибели клетки зависит от целого ряда факторов.

Понимание механизмов резистентности и умение преодолевать их позволит существенно улучшить эффективность лечения онкологических больных с распространенными формами заболеваний.

Метастатический рак молочной железы является наиболее изученным онкологическим заболеванием. Накопленный опыт генетических исследований данной патологии позволяет лучше понимать развитие онкологического процесса в целом. Данная патология рассматривается как наиболее эффективная модель для изучения механизмов резистентности злокачественных опухолей к системной терапии.

Проблема резистентности может быть изучена при анализе механизмов роста и организации опухолей, которые тесным образом связаны с особенностями генетического аппарата. В экспериментах были оценены различные модели роста опухоли, некоторые из них являются чрезвычайно важными для понимания основных аспектов биологии рака, включая концепцию лекарственной резистентности (Skipper-Schabel-Wilcox, Goldie-Coldman).

М.Х.Ельхажж, І.М. Бондаренко, В.Ф.Завізіон, О.І.Асеев

ВІВЧЕННЯ ВПЛИВУ СИСТЕМНОГО ЛІКУВАННЯ НА ІМУНОФЕНОТИП РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра онкології та медичної радіології

Клінічні спостереження останніх років свідчать про те, що під час системного лікування нерідко спостерігається зміна фенотипу пухлини, що є вирішальними у виборі тактики подальшого ведення пацієнта та може впливати на вибір варіантів системної терапії.

Метою роботи є вивчення частоти змін імунотипу пухлини в процесі лікування та метастазування, дослідити залежність між виявленими змінами, методами впливу на пухлину та особливостями захворювання.

Ретроспективно проаналізовані історії хвороби 67 пацієнтів з раком молочної залози. У всіх 67 випадках були проведені первинні та повторні імуногістохімічні дослідження пухлин. Усі хворі – жінки у віці від 29 до 73 років на момент перших анамнестичних проявів хвороби. Середній вік склав 52 ($\pm 11,26$) роки.

63 пацієнтки (94,03%) отримали лікування, у 4 пацієнток лікування не було. В 63 випадках хворі отримували хіміотерапевтичне лікування. У 9 пацієнток (13,43%) в етапи лікування входила гормонотерапія, у 3 (4,48%) – таргетна терапія (герцептином), у 6 (8,96%) – променева терапія. 65 пацієнток (97%) мали в анамнезі оперативне лікування.

У відповідності з метою та завданнями роботи були сформовані 2 групи досліджуваних.

- Перша група – пацієнти з первинним типом раку молочної залози, які отримали неoad'ювантне лікування стандартними методами. Повторні ІГХ дослідження проводилися для післяопераційного матеріалу. Група нараховувала 43 хворих.

- В другу групу увійшли пацієнти з рецидивним раком молочної залози. Проводилося імуногістохімічне дослідження метастатичних вогнищ. Група нараховувала 24 хворих.

В групі пацієнтів з первинним типом РМЗ первинно було виявлено 22 випадки люмінального А РМЗ, 11 випадків люмінального В РМЗ, 6 випадків потрійного негативного РМЗ, 4 випадки Her-2/neu позитивного РМЗ.

В підгрупі пацієнтів з рецидивним типом РМЗ первинно були виявлені 10 випадків люмінального А РМЗ, 7 випадків люмінального В РМЗ, 1 пацієнт з ПНРМЗ та 5 жінок з Her-2/neu+ карциною. В 1 випадку молекулярний підтип не був визначений через неповне значення діагностичних маркерів.

Усім хворим в процесі обстеження, лікування та подальшого спостереження проводилися дослідження розповсюдженості пухлини за допомогою ультразвукової діагностики, рентгенологічного контролю, комп'ютерної томографії та остеосцинтиграфії.

Вивчалися такі показники, як: динаміка імуногістохімічного статусу в процесі лікування, розподіл пацієнтів по гістогенетичним групам при повторному імуногістохімічному дослідженні, методи впливу на пухлину (наявність хіміотерапії, гормонотерапії, таргетної та променевої терапії в анамнезі, хірургічне лікування) в період поміж повторними дослідженнями, час між імуногістохімічними дослідженнями, особливості проведення повторних біопсій.

Зміна імунотипу пухлини спостерігалася у 44,78% пацієнток, найбільшу тенденцію до змін має люмінальний В підтип карциноми. Найчастіше спостерігається тенденція до втрати невисоких значень експресії стероїдних рецепторів та набуття пухлиною статусу потрійної негативної або Her-2 позитивної. Таким чином, вивчення частоти та особливостей конверсії біологічної агресивності пухлини в процесі розвитку та лікування відповідатиме новітнім стандартам індивідуалізації лікування хворих та впливатиме на тактику лікування і прогноз.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Н.П.Байдаченко, А.В.Ковтуненко

ПАПИЛЛОМОВИРУСНА ІНФЕКЦІЯ ВЕРХНІХ ДИХАТЕЛЬНИХ ПУТЕЙ

Кафедра оториноларингології

Папіломавірусна інфекція в нинішнє час є предметом широкомасштабних наукових досліджень, що визначається різким підйомом захворюваності, високою контагіозністю і установленим онкопотенціалом вірусів папіломи людини.

Ціль. Вивчити захворюваність папіломатозом дихальних шляхів, сучасний стан діагностики і лікування, визначити подальші необхідні наукові дослідження даної проблеми.

Матеріали і методи. Обробка літературних даних (вітчизинських і зарубіжних).

Результати. По різних джерелах папіломатоз гортані зустрічається від 20 до 57% випадків. Захворювання частіше виявляється у чоловіків і дітей перших років життя.

По науковим фактам папіломатоз гортані становить 15,9-57,5% всіх доброякісних образів гортані, при цьому частота виникнення раку на фоні папіломи становить 3-7%.

Деякі типи вірусу папіломи людини безпечні з точки зору онкології. К низькому онкогенному ризику відносять вірус папіломи виду Human papilloma virus 6, 11, 42, 43, 44, 53, 54, 55. Дійсно небезпечні папіломи – це папіломи онкологічні, тобто викликані вірусом папіломи людини високого онкологічного ризику. Зокрема, до вірусів папіломи людини високого онкогенного ризику відносять вірус HPV 16, 18, HPV 31, 33, HPV 35, 45, HPV 66. По даним деяких світових публікацій частота зустрічальності різних типів вірусу папіломи людини становить: 18 типу – 38% ($p>0,05$), 16 типу – 17%, 6 типу – 10%, 56 типу – 6%, 66 типу – 4%, 31, 33, 45, 58 і 11 типів – 3%.

Висновки

1. Проблема папіломатоза гортані на сьогоднішній день є однією з найбільш складних в оториноларингології. Ні один із сучасних методів лікування не звільняє від вірусу папіломи людини і не може гарантувати повне відсутність рецидивів (повторного виникнення). Частота рецидивів після лікування папіломатоза гортані становить до 30%.

2. Для виявлення наявності персистування певного типу вірусу папіломи людини, необхідно проведення не тільки скринінгового тестування, але і визначення конкретного типу. Крім того, високий відсоток самопроизвольної елімінації і можливості інфікування іншими типами при наявності клінічних проявів дисплазії також вимагає проведення генотипування.

3. Незважаючи на поширеність серед усіх захворювань і великий відносний вагу папіломатоза серед доброякісних образів в вітчизняній статистиці достовірних даних про поширеність захворювання знайти не вдалося. Папіломатоз – залишається актуальною проблемою в Україні і закордоном, потребує подальшого вивчення.

А.Н.Голокозова

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОТИТА

Кафедра оториноларингологии

По данным данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которые подготовлены совместно с Европейским центром по контролю за распространением и профилактике заболеваний, уровень резистентности бактерий на территории Европы в 2011 году достиг 60 % – приблизительно в 1,5 раза больше, чем это прогнозировалось четырьмя годами ранее. В связи с этим стала возникать необходимость в использовании альтернативного метода борьбы с патогенными бактериями. Так наряду с антибиотикотерапией появилась фаготерапия, что дало возможность развиваться новому антибактериальному направлению.

Целью нашей работы является изучение спектра патогенных микроорганизмов у пациентов с ЛОР-заболеваниями, влияния бактериофага на антибиотикорезистентные штаммы синегнойной палочки и усовершенствование способов лечения больных с хронической формой отитов, которые вызываются синегнойной палочкой.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование группы пациентов из 20 человек с хроническим гнойным средним отитом после аттикоантротомии (ААТ) При изучении бактериального спектра гнойного содержимого у 14 из 20 пациентов была выявлена *P.aeruginosa*.

Под нашим наблюдением был проведен эксперимент *in vitro*, при котором на питательную среду кровяного агара была посеяна колония *P.aeruginosa*. Наблюдали степень восприимчивость *P.aeruginosa* к современным антибактериальным лекарственным средствам.

В течение данной работы мы провели статистические исследования совместно с кафедрой микробиологии, вирусологии, иммунологии и эпидемиологии по преобладанию лор-патогенных микроорганизмов в Днепропетровске и Днепропетровской области.

Проведены клинические наблюдения за пациентами, страдающими хронической формой гнойного среднего отита. С целью поиска эффективного лечения больных с хроническим гнойным средним отитом после оперативного лечения с частыми обострениями, а также для профилактики гнойных осложнений у больных с хроническим гнойным средним отитом после оперативного лечения мы в послеоперационном периоде применили поливалентный бактериофаг для санации послеоперационной полости. Группой сравнения в нашем исследовании стали больные с хроническим гнойным средним отитом, которым в послеоперационном периоде санация осуществлялась раствором диоксида.

Выводы. При исследовании распространения лор-патогенных микроорганизмов в Днепропетровске и Днепропетровской области выяснилось, что при заболеваниях носа и околоносовых пазух преобладает *Staphylococcus aureus*, он вызывает большую часть заболеваний – 85%. При заболеваниях глотки и гортани преобладает *Streptococcus pyogenes* – 50%, также высокая активность у *Staphylococcus aureus* – 25%. Заболевания ушей преимущественно вызываются *Staphylococcus aureus* – 67%.

При эксперименте определилась устойчивость синегнойной палочки к антибиотикам цефалоспоринов IV поколения, фторхинолонам, карбапенемам, аминогликозидам, что повлияло на выбор бактериофагов как более перспективного метода при лечении хронического гнойного среднего отита.

При наблюдении за пациентами, которым лечение проводилось бактериофагом в одной группе и раствором диоксида в другой, результат лечения оказался лучше в группе больных, у которых применялся бактериофаг. Результаты оценивались через 7 дней после операции и через 1 месяц после операции. Так как наблюдается положительная динамика после применения препарата, предлагается широкое использование бактериофага при лечении хронических гнойных средних отитов.

И.М.Рябинкин, Н.В.Ламза

ОСОБЕННОСТИ ОКОСТЕНЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА. ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И АДЕНОИДНЫЕ ВЕГЕТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии

Цель. Изучить особенности окостенения носовой перегородки у детей младшего возраста. Определить частоту встречаемости гипертрофии глоточной миндалины (ГМ) у детей с искривленной носовой перегородкой (ИНП) и разработать тактику оперативного лечения при данной патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в ЛОР отделении ГБ № 8 находились 75 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет с ИНП. Всем пациентам было проведено соответствующее обследование.

У 75 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет с ИНП была выявлена: гипертрофия глоточной миндалины III степени – у 10 детей (13,3% случаев), II степени – у 49 пациентов (65,3% наблюдений) и у 16 (21,3%) пациентов гипертрофия ГМ была не выявлена. Все пациенты были разделены на 4 группы. В первую группу наблюдения вошли пациенты с искривлением носовой перегородки без гипертрофии ГМ – 16 детей (21,3%). Этим пациентам была произведена только септопластика. Вторую группу наблюдения составили дети с ИНП и гипертрофией ГМ II степени – 20 пациентов (26,6%). Им была произведена операция септопластика с одновременным удалением аденоидных вегетаций. Третью группу составили дети с ИНП и гипертрофией II степени – 29 больных (38,6%), которым была произведена только септопластика. В четвертую группу вошли – 10 детей (13,3%), с ИНП и гипертрофией ГМ III степени, которым была проведена септопластика и аденотомия.

Результаты. Результаты лечения оценивались в раннем (1 мес) и отдаленном (1 год) послеоперационном периоде. Эффективность лечения в I, II и IV группах сравнения достоверно не отличалась и составила 97,8%, 96,2% и 96,9% случаев соответственно. В III группе эффективность лечения была несколько ниже и составила 84,7%.

Выводы. Изучив особенности развития и окостенения перегородки носа у детей младшего возраста, мы разработали тактику ведения пациентов с ее искривлением, учитывая особенности расположения зон роста, а также костных структур находящихся рядом с ней.

Искривление носовой перегородки у пациентов в возрасте от 7 до 18 лет может быть одной из причин длительного воспаления в носоглотке и вызывать гипертрофию ГМ. Поэтому у детей при выявлении искривления носовой перегородки необходимо проводить эндоскопическую ревизию носоглотки с целью исключения гипертрофии ГМ. Полученные результаты показали, что наиболее эффективным способом хирургического лечения детей с ИНП и наличием у них гипертрофии глоточной миндалины II-III степени является одновременная септопластика с аденотомией.

К.А.Хмельницкая, А.В.Зайцев

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ТРАХЕОСТОМОЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Кафедра оториноларингологии

Ежегодно увеличивается число пациентов со злокачественными новообразованиями гортани. При запущенных стадиях рака больным производят удаление гортани с наложением тра-

хеостомы. В некоторых случаях у таких пациентов возникают осложнения со стороны трахеостомы, которые могут привести к воспалительным процессам нижних дыхательных путей.

Цель исследования. Разработать тактику ведения больных с трахеостомой в ЛОР- онкологическом отделении. Провести микробиологические исследования секрета из трахеобронхиального дерева и на основании полученных результатов исследования назначить адекватную антибиотикотерапию.

Материалы и методы. Нами было обследовано 30 больных («8 мужчин и 2 женщины в возрасте от 35 до 70 лет), находившихся на лечении в ЛОР-отделении №2 (онкологическом) КУ «Днепропетровская областная больница им.И.Мечникова» с января по апрель 2013г. Материалом для исследования служили посевы секрета из трахеобронхиального дерева.

Результаты. По нашим данным, микрофлора у 74,5% пациентов была представлена микробными ассоциациями и лишь у 25,5 % – монокультурами. Чаще всего среди возбудителей инфекции встречаются: *Pseudomonas aeruginosa* - 83,1% случаев, из них 43% в сочетании с *Proteus mirabilis*, 22,9 %- с гемолитическим стафилококком, и 17,1 с энтеробактером, 11,2% приходится на долю золотистого стафилококка, и лишь 5,7% – *Proteus vulgaris*. С учетом выделенных возбудителей и их чувствительности к антибиотикам была назначена соответствующая терапия.

Заключение. На основании полученных данных о чувствительности микроорганизмов, нами была скорректирована схема антибактериальной терапии. Препаратами выбора явились карбапенемы, аминогликозиды III поколения, цефалоспорины, антибиотики группы гликопептидов и оксазолидонов. Также обязательным является строгое соблюдение асептики и антисептики, адекватная санация и контроль степени увлажнения трахеобронхиального дерева пациентов с трахеостомой.

ПЕДІАТРІЯ

Л.П.Бадюгина, Фан Лиюнь

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ИМЕЮЩИХ СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра госпитальной педиатрии №1

Целью данного исследования было изучить клиничко-анамнестические особенности мальчиков-подростков Днепропетровской области с признаками патологии сердечно-сосудистой системы. Проведен анализ 220 историй болезни мальчиков 16-17 лет, которые обследованы по направлению военкоматов в связи с выявлением у них соответствующих жалоб или симптомов.

У большей части пациентов (123 человека - 56%) обнаружены симптомы вегетососудистой дисфункции (ВСД). Из них у 41 ребенка установлена ВСД по симпатикотоническому типу (33,3%), у 35 – по ваготоническому (28,5%) и у 47 – по смешанному (38,2%). У 41 ребенка (18,6%) установлен диагноз метаболической кардиомиопатии (МК), у 24 (10,9%) – первичной артериальной гипертензии (ПАГ), у 32 (14,5%) выявлены признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ): малые аномалии и пороки развития сердца, пролапс митрального клапана.

Только 120 пациентов (55%) предъявляли жалобы: преимущественно дети с ВСД и первичной артериальной гипертензией. Наиболее часто подростков беспокоила головная боль (70% жалоб при ваготонии, 63% при смешанном типе ВСД и 56% при ПАГ). Наиболее конкретными были жалобы у детей с МКП (боли в сердце) и с ПАГ (головная боль). У пациентов с ВСД, напротив, жалобы были множественными и более разнообразными.

У большинства подростков (у 87%) имели место хронический очаги инфекции (хронический тонзиллит, хронический фарингит, кариес). У всех пациентов в процессе обследования диагностированы другие сопутствующие состояния. Наиболее часто выявлялась дискинезия желчевыводящих путей (у детей с ДКП, ПАГ, ВСД). У детей с ПАГ чаще, чем в других группах регистрировалось ожирение (у 35,7%). Значительное разнообразие фоновых состояний выявлено при ВСД (43 варианта, 2,2 нозологических единицы на 1 обследованного) и МКП (35 вариантов, 1,9 нозологических единицы на 1 обследованного). Каждый третий подросток с ВСД или МКП имел стоматологическую или офтальмологическую патологию.

Таким образом, у большинства детей с жалобами или объективными признаками патологии сердечно-сосудистой системы выявляется вегетососудистая дисфункция или метаболическая кардиомиопатия, которым сопутствует разнообразная фоновая патология как инфекционного, так и неинфекционного характера. ВСД, как правило, сопровождается многочисленными разнообразными жалобами. Для первичной артериальной гипертензии, синдрома дисплазии соединительной ткани не характерно обилие жалоб, и они более конкретны, а фоновая патология менее разнообразна.

А.В.Вакуленко, Л.І.Вакуленко, Ян Сяодун

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ХРОНІЗАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Кафедра госпітальної педіатрії №1

Актуальність теми визначається тим, що останні десятиліття в Україні і за кордоном відзначається збільшення числа дітей з пієлонефритами. Сучасний перебіг пієлонефриту в дитячому віці характеризується латентністю, торпідністю, тенденцією до хронізації та прогресування з формуванням хронічної ниркової недостатності. Поширеність хронічної хвороби нирок, в тому числі й за рахунок хронічного пієлонефриту, у дітей в Україні перевищує показники Європейського реєстра. При цьому рання своєчасна діагностика, ефективне лікування та профілактика пієлонефриту неможливі без визначення факторів, що сприяють розвитку захворювання.

Мета роботи. Визначити особливості факторів ризику та хронізації пієлонефриту у дітей.

Методи дослідження. Проведено аналіз 77 випадків хронічного ПН у дітей 3-17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська. Групу порівняння склали 20 здорових дітей.

Результати дослідження. При аналізі давності захворювання на хронічний ПН було встановлено, що тривалість захворювання до 3-х років мали 41,6 % дітей, до 5 років – 35% та понад 5 років – 23,4% дітей.

Серед обстежених хворих найменшу кількість склали діти з первинним ПН – 16 випадків. Розвитку вторинного ПН сприяли дизметаболічні нефропатії та аномалії сечовивідних шляхів - 37,6% та 32,5% випадків відповідно. Латентний перебіг запального процесу було встановлено у 32 дітей (41,5%), рецидивуючий - у 45 хворих (58,5%). Варто відмітити, що група дітей, які хворіли на хронічний ПН понад 5 років, достовірно частіше мали рецидивуючий перебіг захворювання на тлі обтяженого преморбідного фону в порівнянні з пацієнтами, що мали тривалість захворювання до 3-х років – 13,5% та 47,5%, відповідно ($p>0,05$).

Обтяженість сімейного анамнезу за захворюваннями нирок було виявлено у 48% хворих на хронічний ПН, що може свідчити про її значимість у формуванні даної патології. У структурі супутньої патології переважали захворювання органів носоглотки (хронічний тонзиліт, бактеріоносійство, аденоїдні вегетації, карієс), частота яких мала достовірну відмінність у порівнянні з контрольною групою - 32,4% та 10%, відповідно. При цьому кожна дитина мала хоча б одне супутнє захворювання або фоновий стан.

Таким чином, аналіз та порівняння клініко-параклінічної симптоматики у дітей з хронічним ПН виявив, що найбільш вагомими факторами розвитку та хронізації ПН є наявність несприятливого преморбідного фону, обтяженість сімейного анамнезу, переважання рецидивуючого перебігу, наявність хронічних вогнищ запалення та тривалість захворювання понад 5 років.

Л.І.Вакуленко, Ю.А.Шулина, В.В.Каракоцкая

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра госпитальной педиатрии №1

Актуальность. Имея истоки в детском возрасте, пиелонефрит (ПН) снижает качество жизни взрослых пациентов, а изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в 15-20% носят нефрогенный характер. Морфологические изменения при ПН приводят к нарушению

функционирования сердечно-сосудистой системы в виде изменений метаболических процессов в миокарде, развитием нефрогенной артериальной гипертензии.

Цель. Изучить состояние биоэлектрической активности сердца у детей в зависимости от течения ПН и наличия сопутствующих хронических очагов инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ данных ЭКГ-исследования 53 детей в возрасте от 1 до 17 лет с ПН, находящихся на стационарном лечении в отделении нефрологии областной детской клинической больницы г. Днепропетровска. С острым ПН было 16 детей (3 мальчика, 13 девочек), с хроническим – 37 (11 мальчиков, 26 девочек). Учитывались следующие показатели ЭКГ: ритм, наличие и степень нарушений синусового ритма, электрическая ось сердца, длина интервала QT, признаки процессов деполяризации и реполяризации (амплитуда зубца Т, положение сегмента ST, наличие синдрома ранней реполяризации желудочков), признаки метаболических нарушений в миокарде.

Результаты исследования. У 28 пациентов с ПН выявлена сопутствующая патология: у 24 – хронический тонзиллит (в стадии компенсации и субкомпенсации), у 4 – хронический фарингит. Длительность хронического пиелонефрита у 66% составляла до 3 лет, у 21% – от 3 до 5 лет, у 13% – более 5 лет. Ф

У всех обследованных сердечный ритм был синусовым (у 32% - нормальный ритм, 25% - лёгкая брадикардия, у 15% – умеренная брадикардия, у 9% – лёгкая тахикардия, у 15% – умеренная тахикардия, у 4% – выраженная тахикардия). Электрическая ось сердца у 76% обследованных не отклонена, у 15% – отклонена вправо, у 9% – влево.

Удлинение интервала Q-T у детей с хроническим ПН отмечалось достоверно чаще по сравнению с имеющими острый ПН, а сочетание изменения интервала Q-T у детей с хроническим пиелонефритом на фоне сопутствующей патологии – в 2 раза чаще по сравнению с пациентами, имеющими острый ПН и хронические очаги инфекции. Синдром ранней реполяризации желудочков регистрировался у 17% детей, из них более чем у половины- имеющие хронический ПН, с одинаковой частотой при наличии и отсутствии сопутствующей патологии. Метаболические нарушения в миокарде. Проявляющиеся изменением сегмента ST выше и ниже изолинии, регистрировались у 22,6% детей с ПН, при этом у детей с хроническим ПН достоверно чаще (41,6%, и 8,3%, соответственно). У детей с острым ПН в случае наличия хронических очагов инфекции в ротоглотке метаболические нарушения отмечались чаще (33,3%) по сравнению с хроническим 16,6%.

Выводы. Таким образом, метаболические нарушения в миокарде регистрировались у каждого четвертого ребенка с ПН, при этом у детей с хроническим ПН в три раза чаще по сравнению с острым. Метаболические нарушения в миокарде у детей с острым ПН в два раза чаще встречались при наличии хронических очагов инфекции в ротоглотке. Изменения при хроническом ПН в большинстве случаев не связаны с наличием очагов инфекции и в большинстве случаев обусловлены влиянием микробно-воспалительного процесса в почке.

В.В.Деев

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра факультетской педиатрии и медицинской генетики

Бронхит составляет около 5% всех болезней детского возраста и 30% неспецифических заболеваний легких. Согласно МКБ-10 бронхит определяется как воспалительное заболевание бронхов различной этиологии, протекающее без признаков поражения легочной ткани, ведущими симптомами которого являются кашель, образование мокроты, одышка.

Мы провели ретроспективный анализ 34 историй болезней пациентов в возрасте от 1 года до 3х лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ДГКБ №1 с диагнозом ОРВИ, обструктивный бронхит. Целью нашего исследования было проанализиро-

вать стойкость ремиссии в плане эпизодов бронхообструкции на фоне проведенной терапии у детей получающих и не получающих профилактические дозы будесонида пропионата в течении 2х недель после купирования эпизода обструкции. Критериями формирования выборки были: возраст 1-3 года, нормальный уровень общего IgE, заключительный диагноз «ОРВИ: обструктивный бронхит», отсутствие эпизодов обструкции до постановки диагноза.

В ходе исследования дети были разделены на 2 группы: получавшие и не получавшие профилактические дозы ($\frac{1}{4}$ возрастной дозы) будесонида пропионата в реконвалесцентном периоде – 14 дней (19 и 15 детей в 1й и 2й группе соответственно). В остром периоде заболевания у всех детей базисная терапия включала комбинацию м-холинолитика ипратропия бромид, фенспирида и ингаляционного глюкокортикоида будесонида пропионата в возрастных дозировках. Ипратропия бромид назначался ингаляционно в дозировке 0,625мкг\кг, будесонида пропионат – 250-500мкг\сут также ингаляционно через небулайзер, фенспирид 4 мг\кг в сиропе.

Проведя анализ исходных данных, получены следующие результаты. В первой группе (дети, получавшие профилактическое лечение) из 19 детей только в одном случае был зарегистрирован эпизод повторной бронхообструкции, в то время, как во второй группе за тот же период – две недели – было зарегистрировано 9 повторных эпизодов бронхообструкции. Достоверность различий между первой и второй группами по оцениваемым признакам (вероятность возникновения эпизода бронхообструкции в реконвалесцентном периоде) составила 99,7% ($t=3,98$).

Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод о необходимости продолжения базисного лечения будесонида пропионатом в объеме $\frac{1}{4}$ от первоначальной дозы после купирования острого периода заболевания в течении 2 недель у детей младшего возраста с целью профилактики рецидивов эпизодов бронхообструкции.

М.Л.Єрмолаєва

ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ НЕФРОТИЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Мета дослідження: вивчення факторів ризику розвитку нефротичного синдрому (НС) у дітей за даними історій хвороб. Для досягнення мети дослідження вирішувались наступні завдання: аналіз анамнестичних даних, спадковості, фонові патології, особливостей перебігу захворювання та його виходу. Дослідження проводилось на базі КЗ «Дитяча міська клінічна лікарня ДОР». За останні 3 роки в нефрологічному відділенні лікарні знаходилося 10 дітей з НС. Був проведений аналіз історій хвороб цих дітей. Безпосередніми причинами розвитку НС були: у 7 дітей – гостра вірусна інфекція, у 1 – кишкова інфекція, у 1 – харчова токсикоінфекція. Аналіз антенатального анамнезу показав, що токсикоз першої половини вагітності наявний в анамнезі у 3 дітей, загроза переривання вагітності – у 2, у 1 – анемія під час вагітності, у 4 дітей – харчова та медикаментозна алергії. Вірусні гепатити А, В, С, ВІЧ, герпес, цитомегаловірусна інфекція, які, за даними літератури, доволі часто можуть бути причинами розвитку НС, у обстежених дітей не виявлені. У однієї дитини визначались антитіла класу G до антигенів вірусу Епштейна-Барра. Спадковість у 4 дітей була обтяжена хронічними захворюваннями нирок у родичів. Стигмальний індекс виявився високим (більше 5 стигм) у 3 дітей. Серед них у двох дітей розвинувся змішаний варіант НС з гематурією та гіпертензією. Перебіг захворювання в цих випадках був злоякісним, вихід захворювання – несприятливий. При гістологічному дослідженні нирок в обох випадках були ознаки вродженої дисплазії ниркової тканини. Після аналізу отриманих даних можна зробити такі висновки: у нашому дослідженні НС найчастіше виникав на фоні вірусної інфекції; до факторів ризику розвитку НС слід віднести патологічний перебіг вагітності, наявність алергічних реакцій в анамнезі, обтяжену спадковість, високий стигмальний індекс. Нирковий дизембріогенез зовні може характеризуватися численними стигмами дизембріогенезу та є фактором ризику несприятливого перебігу НС.

А.О.Ільченко, Г.М.Трофімова

СТАН ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра госпітальної педіатрії №1

Введення. Рівень інвалідності поряд з показниками смертності новонароджених, захворюваності, фізичного розвитку є базовим індикатором стану здоров'я дитячого населення. Дитяча інвалідність як самостійна багатопланова проблема, почала формуватись лише в останні десятиліття, хоча статус дитини-інваліда вперше був введений в СРСР в 1979 році. У багатьох країнах Європи термін «інвалід» не прийнятий. По термінології ВОЗ - це «дезабільні особи», тобто індивіди, які мають те або інше обмеження життєвих функцій. В 1988 році була створена Міжнародна статистична база даних обліку дезабільних осіб (International Disability Statistics Base). До неї увійшли дані з 55 країн світу. З 1992 року показники по окремих захворюваннях почали враховуватись та розроблялись окремо для дитячого і дорослого населення. З того часу отримали поширеність терміни «діти-інваліди» і «дитяча інвалідність».

Матеріали та методи. Сумісно з організаційно-методичним відділом обласної дитячої клінічної лікарні проведений аналіз дитячої інвалідності за 2012 рік в порівнянні з даними за 2005 та 2011 роки. Згідно приказам МОЗ, Міністерства Праці та соціальної політики України (№454/471/516) до 2005 року інвалідом признавалась дитина до 16 років, а з 01.2005р. (лист МОЗ України від 01.03.2005р) – в віці до 18 років.

Результати. Проведений аналіз первинної дитячої інвалідності за 2012 рік виявив її зменшення як в порівнянні з 2005 роком, так і в порівнянні з 2011 роком (- 6,6%).

Індивідуальний аналіз дитячої інвалідності, проведений по нозологічним формам в порівнянні з 2005 роком, виявив як зростання дитячої інвалідності (вроджені аномалії, туберкульоз, лейкоз, цукровий діабет, муковісцидоз, порушення слуху, хвороби органів травлення та др.), так і її зниження (психічні розлади, хвороби нервової системи, кровообігу, сполучної тканини, органів дихання, в тому числі і бронхіальна астма, хвороби сечостатевої та кістково-м'язової системи).

В порівнянні з 2011 роком, в 2012 році також залишилося зростання інвалідності по вродженим аномаліям, туберкульозу, психічним розладам, хворобам нервової системи, шлунково-кишковому тракту, цукровому діабету, муковісцидозу та новоутворенням. Дану ситуацію частково можна пояснити зменшенням кількості дитячого населення в 2012 році в порівнянні як з 2005, так і з 2011 роком. Поряд з цим зменшилась кількість дітей-інвалідів з хворобами органів дихання, в тому числі із бронхіальною астмою, хворобами кровообігу, порушенням слуху (глухота), лейкозами, хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Підсумок. Рівень дитячої інвалідності свідчить про необхідність покращення взаємодії між службами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та сім'єю з розробкою сумісних програм, направлених на її зниження.

А.О.Ильченко, Г.Н.Трофимова

ХРОНИЧЕСКОЕ АПНОЭ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Кафедра госпитальной педиатрии №1

Введение. Синдром обструктивного сонного апноэ - это состояние, характеризующееся развитием остановок дыхания длительностью более 10 секунд с частотой развития более 15 в час. Несмотря на длительные дыхательные усилия наблюдается перекрытие потока воздуха на уровне верхних дыхательных путей.

У детей из синдромом обструктивного сонного апноэ в большинстве случаев возможны осложнения в виде легочной гипертензии, легочного сердца, хронической легочно-сердечной недостаточности. Взаимосвязь синдрома обструктивного сонного апноэ с легочной гипертензией и легочным сердцем формируется постепенно: вследствие дыхательных усилий при закрытых дыхательных путях во время эпизода обструктивного апноэ плевральное давление может составлять -60 -80 мм рт. ст. При падении плевального давления увеличивается венозный возврат к сердцу, провоцируемый повторными дыхательными усилиями- так называемым эффектом «дыхательного насоса», и, как следствие, происходит расширение правых отделов сердца (тоногенная и миогенная дилатация) с дальнейшей реализацией в легочную гипертензию и легочное сердце.

Основные причины вызывающие синдром обструктивного сонного апноэ, подразделяются на анатомические (костные аномалии: микрогнатия, ретрогнатия, неправильное расположение подъязычной кости, травма костей носа и челюстей; перифарингеальная жировая инфильтрация; увеличение размеров мягкого неба и языка; аденоиды и гипертрофия небных миндалин; опухоли и кисты в области глотки; эктопия щитовидной железы; воспалительные изменения мягких тканей; макроглоссия) и функциональные (нервно-мышечные расстройства: полиомиелит, боковой амиотрофический склероз, мышечная дистрофия, бульбарные нарушения и др.; гипотиреозидизм; применение седативных препаратов, транквилизаторов и др.)

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился ребенок М.А.В. 8 лет и 7 мес., женского пола, который неоднократно находился в кардиоревматологическом отделении на базе Днепропетровской областной детской клинической больницы с диагнозом: Синдром обструктивного апноэ сна. Крайне тяжелая степень. Верхняя и нижняя микрогнатия. Глоссоптоз. Множественный кариес. Вторичный деформирующий артроз обеих височнонижнечелюстных суставов.

Результаты. Ребенок родился на 42-й недели гестации от первой осложненной беременности (внутриутробное инфицирование, угроза выкидыша, угроза отслойки плаценты, по данным УЗИ внутриутробно находилась в позе лягушки); патологических 1-х родов: (длительный безводный период – 4суток, поздняя стимуляция родовой деятельности, сочетанная родовая травма - субарахноидальное кровоизлияние, паралич Эрба, стафилококковый сепсис с клиническими проявлениями септикопиемии (гнойный менингоэнцефалит, пневмония)). После родов со второго дня находилась в отделении реанимации на протяжении трех месяцев. С 5 месячного возраста отмечалось нарастание признаков гидроцефалии в связи с чем в 8 месяцев была прооперирована в г.Хабаровске. Операция была осложнена надрывом слизистой оболочки гортани во время интубации, с проявлениями первых признаков сонного апноэ. В возрасте два года и восемь месяцев отмечено ухудшение состояния: прогрессирование внутримозговой гипертензии, нарушение сознания, сердечная недостаточность, патологическое дыхание Кулсмауля. После повторной операции по удалению вентрикулоперитонеального шунта, приступы сонного апноэ стали более частыми и длительными, не зависимо от времени суток.

Рентгенологически видны тени корней легких перекрыты тенью сердца, сердце увеличено в поперечнике за счет правых отделов. На ЭКГ регистрировались постоянно отклонения электрической оси сердца вправо с нарастающей гипертрофией правых отделов сердца, полной блокадой правой ножки пучка Гиса. Данные полисомнографии подтвердили наличие у ребенка синдрома обструктивного апноэ сна крайне тяжелой степени. За эффективный период мониторинга (сон – 1 час 40 минут, бодрствование – 45 минут) зарегистрировано 124 респираторных событий, из них апное – 121, из них обструктивного генеза – 115. Общая продолжительность респираторных эпизодов 3902с.= 65 минут. SpO₂ min – 49%, среднее SpO₂ – 73.1%. Количество десатураций – 69. Индекс десатурации – 49.1 кол-во/час. Максимальное время десатурации 156с.

Заключение. Вышеуказанные данные жалоб, анамнеза и динамики клинικο-параклинических данных позволили выставить ребенку диагноз: Синдром обструктивного апноэ сна, крайне тяжелая степень и проанализировать формирование легочно-сердечной недостаточности на фоне основного заболевания.

С.Д.Логвинов

ВРОЖДЕННИЙ ГИПОТИРЕОЗ. МЕТОДЫ СКРИНИНГА

Кафедра факультетской педиатрии и медицинской генетики

Врожденный гипотиреоз – гетерогенная группа заболеваний, проявляющихся врожденным дефицитом тиреоидных гормонов вследствие различных воздействий в пренатальном периоде.

В Днепропетровской области 71 ребенок болеет врожденным гипотиреозом. Из них 44 детям диагноз был поставлен на основании неонатального скрининга (27 – до введения обязательного скрининга). При нелеченом врожденном гипотиреозе дефицит тиреоидных гормонов в раннем постнатальном периоде и в периоде раннего детства приводит к необратимым поражениям ЦНС и развитию умственной отсталости.

Мы провели ретроспективное исследование 35 историй болезни пациентов находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ДГКБ №1 в период с 01.01.2012 по 01.03.2013. В ходе исследования было произведено распределение детей на группы по половому признаку (14 мальчиков и 21 девочка), по возрасту (15 детей до 6 лет, 14 детей 6-12; 6 детей старше 12 лет) и в зависимости от принимаемой дозы L-тироксина в сутки (0-50 мкг/сутки у 13 детей, 50-100 мкг/сутки у 16, 100-200 мкг/сутки у 5 детей, 200 мкг/сутки у одного ребенка).

Проведя анализ исходных данных, выявлена прямая корреляционная связь между своевременностью постановки диагноза и количеством осложнений по основному заболеванию. Дети своевременно не получавшие заместительную терапию имели осложнения в 25,7% случаев, среди них: энцефалопатия – 45%, кретинизм – 22%, перинатальные нарушения ЦНС – 33%.

Скрининг-тест на врожденный гипотиреоз позволяет значительно уменьшить число детей с клиническими формами болезни при условии, что после подтверждения диагноза пациент находится под наблюдением врача-эндокринолога, получает адекватную заместительную терапию с постоянной коррекцией дозировки в зависимости от гормонального статуса пациента.

О.Ю.Марина

ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Мета дослідження: вивчити актуальність гострого лімфобластного лейкозу у дітей, його поширеність, етіологію, патогенез, основні симптоми та синдроми; фактори, які можуть спричинити виникнення гострого лейкозу. Визначити роль ранньої діагностики в прогнозі та лікуванні за даними історії хвороби. Гострий лейкоз у дітей – це системне злоякісне захворювання системи крові, морфологічним субстратом якого є незрілі бластні клітини, що пошкоджують кістковий мозок. Лейкози зустрічаються з частотою 4-5 випадків на 100000 тисяч населення. Серед усіх злоякісних новоутворень дитячого віку доля лейкозів вище 50%. Поєднання анемічного, геморагічного, пухлинного, імунodefіцитного, больового синдромів зумовлюють все різноманіття клінічних проявів. Висновок: при виявленні бластних клітин в периферійній крові діагноз «лейкоз» не викликає затруднень. Для своєчасного лікування потрібна своєчасна діагностика цього серйозного захворювання, що потребує проведення агресивної та тривалої терапії. В конкретному випадку звертали на себе увагу виражені симптоми інтоксикації, наявність лімфопроліферативного синдрому (поліаденія, збільшення печінки та селезінки), зміни з боку нервової системи (нейролейкоз), анемія, незначні зміни в аналізі сечі. Окремо кожен з цих симптомів не є специфічним, але їх сукупність дозволила допустити пухлинне захворювання крові.

Ю.Овсянникова, О.Беззук

ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра факультетской педиатрии и медицинской генетики

По данным эпидемиологических исследований в Украине атопическим дерматитом страдают от 3% до 10% детей. Атопический дерматит относится к рубрике L20 и определяется как генетически детерминированное хроническое воспалительное иммунопатологическое заболевание кожи, которое характеризуется зудом, рецидивирующим стадийным течением с соответствующими клинико-морфологическими особенностями в зависимости от возраста; в типичных случаях начинается в раннем возрасте, чаще – на основе IgE-зависимых механизмов.

Атопический дерматит клинически проявляется эритемой, отеком, экссудацией, корками, шелушением, наличием стойких опрелостей при тщательном уходе за кожей, кожным зудом.

Одной из причин возникновения атопического дерматита является наличие у ребенка ферментопатии, в частности, лактазная недостаточность. Дефицит лактазы проявляется такими симптомами как: колики, метеоризм, срыгивание, диарея либо функциональные запоры.

Нами проведен ретроспективный анализ 50 историй болезней пациентов в возрасте от 3 мес. до 2х лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении КУ «ГДКБ №1» ДООС» с диагнозом лактазная недостаточность, атопический дерматит. Целью нашего исследования было изучение корреляции между выраженностью атопического дерматита и степенью лактазной недостаточности, а также возможностей коррекции ферментопатии.

В ходе исследования дети были разделены на 2 группы: основная (получающие фермент лактазу в дополнение к базисной терапии) и контрольная (не получающие лактазу). Детям основной группы лактаза назначалась независимо от вида вскармливания, давалась вместе с молочными продуктами (грудное молоко, смесь); у детей старше 1года молочные продукты исключались. Дети контрольной группы получали симптоматическое лечение.

В результате проведенной терапии у детей, получавших лактазу, проявления атопического дерматита купировались по мере исчезновения проявлений лактазной недостаточности и коррелировали с ними.

Учитывая данные результатов исследования: включение лактазы в комплексную терапию атопического дерматита способствует уменьшению выраженности клинических проявлений вне зависимости от тяжести кожных и кишечных проявлений, а также позволяет сохранить грудное вскармливание у детей раннего возраста.

Н.Г.Порохня*, А.О.Ільченко

ВПЛИВ ВОГНИЩ ХРОНІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра госпітальної педіатрії №1

* – КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня ДОР»

Хронічна ЛОР-патологія на сьогодні є однією з важливих проблем педіатрії та медицини в цілому, що обумовлено по-перше, значною розповсюдженістю ЛОР-захворювань серед населення, у тому числі й дитячого. За літературними даними розповсюдженість серед дітей складає 12-15 %. У групі дітей, які мають захворювання ЛОР-органів, хронічний тонзиліт виявляється у 54-79% випадків. По-друге, хронічний тонзиліт (ХТ) небезпечний розвитком ускладнень, як місцевого – паратонзиліти, парафарингіти, флегмони ший, медіастиніти, так і системного характеру.

ру – гостра ревматична лихоманка (ГРЛ), тонзиліт, сепсис, набуті захворювання серцево-судинної, сечовивідної систем, суглобів. Розвиток ускладнень часто призводить до декомпенсованого перебігу захворювання та інвалідизації, а іноді й летальних випадків. Більше ніж 30% випадків стрептококових тонзилітів та фарингітів у дитячому віці викликані β -гемолітичним стрептококом групи А, що дає підставу для розвитку ГРЛ у схильних до неї осіб. Потребують особливої уваги безангінні форми ХТ, які складають 3-7% серед усіх хворих на ХТ та є складними для діагностики.

Метою роботи було вивчення впливу декомпенсованого ХТ на перебіг хронічної ревматичної хвороби серця (ХРХС) та формування набутих ревматичних вад серця у дітей.

Під нашим спостереженням було 50 дітей віком від 8 до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіоревматологічному відділенні Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні з приводу ХРХС. В залежності від характеру ураження клапанного апарату серця було виділено 4 групи дітей із ХРХС: першу групу склали 15 дітей із ХРХС без формування вади серця (30%), другу – 21 дитина із ХРХС та ізольованою недостатністю мітрального клапану І-ІІІ ст. (42%), третю – 7 дітей із ХРХС та ізольованою недостатністю аортального клапану (14%), четверту – також 7 дітей із ХРХС та комбінованим ураженням клапанів (14%).

При обстеженні дітей всіх груп використовувались клінічні, лабораторні (загальний аналіз крові, біохімічні показники крові: СРБ, АСЛ-О, РФ), бактеріологічні, інструментальні (ЕКГ у спокої, доплерокардіографія) методи дослідження.

Аналіз наявності ХТ та бацилоносійства гемолітичного стрептококу показав, що в першій групі у 80% дітей формування ХРХС проходило на тлі даного вогнища хронічної інфекції. Тільки у 50% випадків, не раніше ніж через 6 місяців від початку ГРЛ, хворим цієї групи було проведено тонзилектомію. Крім того, бацилоносійство гемолітичного стрептококу було відмічено у 20% випадків. У другій групі - в 57% випадків хворі діти мали декомпенсований ХТ, але тільки у 50% таких випадків у подальшому була проведена тонзилектомія. Гемолітичний стрептокок висівався із носоглотки частіше - у 29% випадків. У третій групі хворих на ХРХС в усіх випадках, достовірно частіше ніж в попередніх двох групах, мало місце хронічне вогнище інфекції у вигляді декомпенсованого ХТ, але тільки у 57% хворих третьої групи було проведено тонзилектомію. У 43% випадків, достовірно частіше ніж у попередніх двох групах, із носоглотки висівався гемолітичний стрептокок. У четвертій групі у 57% випадків було діагностовано декомпенсований ХТ, але тонзилектомія була проведена лише 25% пацієнтам. Носійство гемолітичного стрептококу було у 14% випадків хворих цієї групи.

Таким чином, частіше всього декомпенсований ХТ мав місце у хворих на ХРХС з ізольованою недостатністю аортального клапану. В цій же групі дітей було зареєстровано найбільший відсоток стійкого бацилоносійства гемолітичного стрептококу, незважаючи на проведення при подальшому спостереженні тонзилектомії. Тобто наявність хронічного осередку інфекції гемолітичного стрептококу сприяла в першу чергу ураженню аортального клапану серця. Треба відзначити, що своєчасна хірургічна санація хронічного вогнища інфекції гемолітичного стрептокока у дітей, що перенесли ГРЛ, зменшувала ризик епізодів повторної ревматичної лихоманки і вірогідність подальшого формування ревматичної вади серця.

Д.М.Романуха, В.І.Чергінець

ЦИРКАДНІ РИТМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ШКІРНОЇ ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб.

Актуальність. У структурі захворювань дитячого і підліткового віку синдром вегетосудинної дистонії займає одне з провідних місць. Ознаки цього захворювання у вигляді коливань артеріального тиску виявляють у 25-80% дітей та підлітків. Разом з тим, така вегетативна

дисфункція, як порушення терморегуляції, більшістю лікарів при постановці діагнозу не враховується. Тому виглядає доцільним визначитись в якій мірі існує залежність між вказаними параметрами, що дозволить з більшою об'єктивністю діагностувати вегето-судинну дистонію у дітей.

Мета. Дослідити добові ритми артеріального тиску і центральної та периферичної терморегуляції у дітей, що перебувають під диспансерним наглядом з діагнозом вегето-судинна дистонія.

Методи дослідження:

1. Клінічна оцінка стану хворих дітей.
2. Виміри артеріального тиску у хворих дітей кожні 3 години протягом доби з виключенням часу нічного сну за допомогою тонометра "Microlife BP AG1-20" (Швейцарія).
3. Дослідження добового ритму температури шкіри хворих в 10-ти точках тіла (зони Геда) через кожні 3 години за допомогою безконтактного термометра фірми "Boots Pharmaceuticals" (США).
4. Дослідження добового ритму області гіпоталамуса («температура ядра») методом виміру інфрачервоного випромінювання барабанної перетинки за допомогою термометра "МС-500 Omron" (Японія).
5. Дослідження аксиллярної температури тіла хворих дітей через кожні 3 години за допомогою електронного термометра "Little Doctor LD-300" (Сінгапур)..

Досліджено було 24 дітей віком 11-16 років. Групу хворих на вегето-судинну дистонію склали 12 дітей, групу здорових - 12 дітей. За статевими ознаками діти також розподілились порівну.

Результати дослідження показали, що протягом доби температура та тиск змінюються.

В групі «Здорових» ці зміни полягали в тому: добові ритми коливань артеріального тиску незначні. Різниця між показниками шкірної та центральної температур впродовж дня не перевищує 1 градусу Цельсія. Амплітуда добового ритму температурних коливань по зонам Геда стабільна в окремих точках, не перевищує 1 градусу Цельсія.

В групі дітей з вегето-судинною дистонією зміни були наступними: добові ритми коливань артеріального тиску значно збільшені, в порівнянні зі здоровими дітьми. Різниця між показниками шкірної та центральної температур впродовж дня перевищує 1 градус Цельсія. Амплітуда добового ритму температурних коливань по зонам Геда не стабільна, в окремих точках ці перепади сягають 1 – 2 градусів Цельсія.

Порівняння вегетативних реакцій показало: у здорових дітей більш висока центральна і шкірна температура була відмічена у дівчаток, а у хворих дітей переважала у хлопчиків. У дітей з вегето-судинною дистонією різниця між середніми показниками температури ядра і аксиллярної протягом дня в більшості випадків перевищувала 1 градус Цельсія, особливо у дітей з великою тривалістю захворювання (більше 2 років). У хворих дітей відзначалися значно збільшені показники артеріального тиску на протязі дня, в порівнянні зі здоровими дітьми. В обох групах максимальні температурні показники по зонам Геда переважали у зоні № 1 (Легені та серце), мінімальні в зонах № 5 (Сечоводи), № 10 (Сечостатева система). Як у дівчаток, так і у хлопчиків хворих вегето-судинною дистонією амплітуда добового ритму температурних коливань по зонам Геда не стабільна, в окремих точках ці перепади сягають 1 – 2 градусів Цельсія. У здорових дітей таких великих добових температурних коливань не спостерігалось.

Висновок: Результати показали, що для підвищення вірогідності діагнозу вегето-судинної дистонії та проведення диференційного діагнозу з іншими захворюваннями у дітей доцільно додатково до вимірів артеріального тиску визначати також добові ритми центральної і периферичної (по зонам Геда) терморегуляції. Ці показники можна розцінювати, як новий, важливий, додатковий метод обстеження дітей з вегето-судинною дистонією.

Н.П.Ткаченко

ЦИРКАДНА ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Кафедра госпітальної педіатрії №1

Вступ. В патогенезі бронхообструктивного синдрому при бронхіальній астмі (БА) у дітей значна роль належить змінам вегетативної нервової системи, що впливає на прохідність бронхів шляхом регуляції секреції слизу. Наявність циркадних коливань основних показників, що характеризують функцію бронхів та легень, є встановленим фактом. Вивчення циркадних ритмів варіабельності серцевого ритму (ВСР) є важливою передумовою покращення контролю над перебігом бронхіальної астми у дітей шляхом призначення індивідуалізованої терапії.

Мета дослідження. проведення порівняльного аналізу циркадної динаміки часових та спектральних показників ВСР у дітей із БА за допомогою амбулаторного моніторингу електродіаграми.

Матеріали та методи. Обстежено 27 дітей в віці 2-16 років (14 хлопчиків та 13 дівчаток) із контрольованою та частково контрольованою БА, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні. Група контролю включала 33 практично здорових дітей із відсутністю бронхолегеневої патології та інших супутніх захворювань. Дітям обох груп проводилося добове моніторування ЕКГ за Холтером (ЗАО «Сольвейг») із наступним підрахунком показників ВСР за п'ятихвилинні проміжки часу протягом всього періоду спостереження та, окремо, за денний та нічний періоди. Аналізувалися наступні часові показники: середньоквадратичне відхилення інтервалів RR (Sigma, мс); частка сміжних RR інтервалів, межінтервальні відмінності між якими перебільшують 50 мс (pNN50, %); середньоквадратичне відхилення межінтервальних відмінностей (RMSSD, мс). Спектральні показники, що підлягали аналізу: щільність потужності коливань в діапазоні дуже низьких частот (VLF, мс²), низьких частот (LF, мс²), високих частот (HF, мс²).

Результати та їх обговорення. Порівняльний аналіз часових показників добової ВСР в контролі та у хворих із БА показав відсутність достовірних відмінностей за більшістю аналізованих показників. Аналіз спектральних показників ВСР виявив статистично недостовірне збільшення VLF у денний період у дітей із БА (2357 мс² та 2175 мс² відповідно), зменшення добового LF, мс² (2405 мс² та 2472 мс²), зменшення загального HF, мс² (2353 та 2437 мс² відповідно) (p > 0,05). Аналіз циркадної динаміки спектральних показників ВСР виявив наявність індивідуальних хроноритмів, акрофаз та батифаз більшості аналізованих показників. Так, пік SDNNi, що відображує сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу, у дітей контрольної групи припадав на 04:00-07:00, а у дітей із БА – на 02:00-04:00. Пік RMSSD, що відображує активність парасимпатичної ланки регуляції, у дітей обох груп припадав на 02:30-05:30. Піки pNN50, що відображує відносну ступінь переважання парасимпатичної ланки регуляції над симпатичною, у дітей із БА виявлялися на 22:00-23:00 та 03:00-04:00, в контрольній групі – у 01:00-03:00. Піки LF та VLF не мали суттєвої різниці поміж групами. Пік HF, що відображує відносний рівень регуляції парасимпатичної ланки регуляції, у дітей із БА спостерігався у 03:00 – 04:00, в контрольній групі – у 04:30 – 05:30.

Підсумок. Особливостями варіабельності серцевого ритму при БА у дітей є зміни спектральних показників – зменшення потужності високочастотної та низькочастотної складової спектру. Циркадними особливостями ВСР у дітей з БА є переважання парасимпатичної ланки регуляції у 03:00 – 05:00. Якість контролю над перебігом БА може бути поліпшена шляхом врахування індивідуальних циркадних ритмів парасимпатикотонії за допомогою аналізу добової варіабельності серцевого ритму.

О.Ткаченко

ВПЛИВ РЕСПІРАТОРНОЇ ГІПОКСІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології

В останні десятиріччя у всіх розвинутих країнах світу відмічається значний ріст частоти та важкості протікання бронхіальної астми. Епідеміологічні дослідження свідчать проте, що 5-10% дитячого населення страждають на бронхіальну астму.

Основним нашим завданням при спостереженні було визначення функціонального стану організму і ступеня напруження адаптації до гіпоксії при різній важкості протікання бронхіальної астми (БА) у дітей.

Матеріали і методи. для оцінки стійкості функціональних систем (ФС) організму до респіраторної гіпоксії застосовувалась методика проб с трьома затримками дихання (Дергунов А.В. з співавт., 1987). Розраховувались в умовних одиницях показники: індекс ефективності вентильзації (ІЕВ), індекс споживання кисню (ІСК), показник стійкості ФС до РГ (СГ). Результати оцінювались за класифікацією стійкості організму до гіпоксії (Дергунов А.В., 1995).

Спостерігались 47 дітей, які страждають на бронхіальну астму легкої (БАл) – 22 чол, середньоважкої (БАс) – 14 чол, важкої течії (БАв) – 11 чол у віці 7-11 років. Усі діти знаходились у стані клінічної ремісії, у фазі контрольованого протікання бронхіальної астми.

Результати. виявлено, що СГ у дітей усіх груп була висока: $0,187 \pm 0,014$ (БАл), $0,184 \pm 0,028$ (БАс), $0,153 \pm 0,019$ (БАв), тобто стійкість ФС до РГ у всіх дітей достатня, але показник достовірно менше у дітей з важкою течією бронхіальної астми.

При порівнянні показників ІЕВ виявлено, що для БАв – $1,250 \pm 0,064$ він вірогідно нижче, ніж для БАл – $1,399 \pm 0,082$ і недостовірно нижче, ніж для БАс – $1,354 \pm 0,079$. При цьому ІЕВ для БАс недостовірно нижче ніж для БАл.

ІПК у дітей з БАс виявив тенденцію до зниження по відношенню до БАл ($1,476 \pm 0,104$ і $1,588 \pm 0,091$ відповідно), тоді як у дітей з БАв ІПК ($1,674 \pm 0,076$) достовірно вище по відношенню до БАс і недостовірно вище за БАл.

Таким чином, при тривалому і систематичному кисневому дефіциті при важкій течії бронхіальної астми, навіть в періоді ремісії, відбувається напруження і повільна декомпенсація механізмів адаптації до дії респіраторної гіпоксії. Разом з тим, діти з легкою і середньоважкою течією бронхіальної астми мають менше напруження адаптивних процесів і компенсаторні механізми діють з достатньою ефективністю.

О.Ткаченко, Т.Ю.Коваленко

КОНТРОЛЬ СТАНУ ДИТИНИ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології

Одним із значних факторів погіршення якості життя дитини з бронхіальною астмою є обмеження фізичної активності у зв'язку з появою післянавантажувального бронхоспазму (ПНБ). Він характерний більш ніж для 70% дітей, хворих на бронхіальну астму та є проявом сформованої гіперреактивності бронхів, що має місце при усіх формах бронхіальної астми і корелює з важкістю протікання захворювання (Новік Г.А., Ласиця О.І. та ін.). Тому засоби і форми фізичної реабілітації складають важливу і необхідну частину в комплексній терапії бронхіальної астми, сприяють зменшенню бронхообструктивного синдрому, покращанню адаптації си-

стем до збільшених потреб у кисні в умовах фізичного та розумового навантаження, підвищують толерантність до фізичних навантажень, сприяють гармонійному розвитку дитини.

Методи застосування дозованого фізичного навантаження базуються на тренуючому принципі дії. Постійні заняття призводять до зміни порогу чутливості дитини з ПНБ до фізичного навантаження, адаптують до екстремальних станів, роблять дитину мало уразливою як фізично, так і емоційно.

Нашою метою стало визначення методології контролю ПНБ під час застосування методики дозованого фізичного навантаження шляхом реєстрації пікової швидкості видиху (ПШВ) за допомогою індивідуальної пікфлоуметрії.

Фізіологічне та безпечне тренування дитини з ПНБ потребує індивідуального підходу, індивідуального розрахунку первинних та тренуючих швидкостей і особливо, методу контролю стану дихання дитини протягом тренування. Найбільш доступним, простим та ефективним засобом є вимірювання пікової швидкості видиху за допомогою індивідуального пікфлоуметру. Ми використовували вимірювання ПШВ до початку тренування (ПШВ1) задля оцінки стану дитини, враховуючи індивідуальні особливості протікання бронхіальної астми, відразу після навантаження (ПШВ2) для оцінки реакції бронху, та через 5 хвилин після дозованого фізичного навантаження (ПШВ3), як час максимальної бронхоконстрикції після фізичного навантаження (Савельєв Б.П., Ширяєва І.С).

При оптимальному навантаженні ПШВ2 незначно збільшується або залишається на попередньому рівні, що свідкує про правильно проведене тренування. Розраховуються показники $K1 = \text{ПШВ2} - \text{ПШВ1} / \text{ПШВ1}$, $K2 = (\text{ПШВ1} - \text{ПШВ3}) * 100 / \text{ПШВ1} - 1$. Показник $K1$ прагне до «0», або більше, що свідчить про ефективність проведеного тренування. Показник $K2$ по досягненні «-5» та вище є критерієм наступного додавання потужності дозованого фізичного навантаження.

Завдяки індивідуальній пікфлоуметрії, що проводилася під час тренувань методом дозованого фізичного навантаження в жодної дитини не виникло потреби в отриманні бронхолітичних препаратів.

Таким чином, фізична реабілітація дітей з ПНБ є актуальним завданням при проведенні відновної та протирецидивної терапії. Діагностичний метод пікфлоуметрії може застосовуватися для спостереження за функцією дихання під час проведення дозованих фізичних тренувань, є критерієм ефективності проведеного тренування, та показником при розрахунку подальших фізичних навантажень.

М.В.Ширикіна, Е.Нестерова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Кафедра госпитальной педиатрии №1

Поражения соединительной ткани достаточно разнообразны в своих проявлениях. Одним из проявлений нарушений в системе соединительной ткани является системная склеродермия.

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит поражение мелких сосудов всего организма, с последующими фиброзно-склеротическими изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, а также внутренних органов.

К факторам, провоцирующим заболевание, относятся: охлаждение, различные травмы, контакт с некоторыми химическими веществами, нейроэндокринные нарушения. В комплексе с генетической предрасположенностью данные явления вызывают воспалительные поражения мелких сосудов с изменениями в соединительной ткани всего организма.

Патогенез ССД включает в себя изменения обмена соединительной ткани (фиброз тканей, увеличение биосинтеза коллагена), иммунные нарушения (появление антител к коллагену)

и поражение микроциркуляторного русла (увеличение проницаемости сосудистой стенки с ее пропитыванием и отложением фибрина, сужением просвета).

Клинически ССД проявляется изменениями не только мелких сосудов, но и всех органов в виде поражения кожи, костей, сердечно-сосудистой системы, почек, органов дыхания, мышц; гиперпигментация кожи – характерный признак ССД, являющийся первым симптом болезни. Меняется окраска кожи за счет чередования участков пигментации и депигментации, выражен сосудистый рисунок, появляются телеангиоэктазии. Со временем кожа пальцев и кистей резко уплотняется, развиваются сгибательные контрактуры, склеродактилия.

Для поражения костей характерны остеолит ногтевых фаланг, деформация пальцев рук и ног. Развивающаяся кальцификация мягких тканей является составной частью CREST-синдрома (кальциноз + синдром Рейно + эзофагит + склеродактилия + телеангиэктазии). Кальций откладывается преимущественно в области пальцев рук в виде белых очагов.

При поражении сердечно-сосудистой системы характерны кардиосклероз с увеличением размеров сердца, аритмиями, развитием недостаточности кровообращения.

Клинический случай данного заболевания наблюдался нами у девочки Валерии В, 10 лет, неоднократно находившейся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении Областной детской клинической больницы города Днепропетровска. Из анамнеза известно, что наличие гиперпигментированных участков кожи на передней поверхности бедер отмечается с марта 2012 года. Впервые ребенок поступил в отделение с клиническим диагнозом: системная склеродермия, подострое течение, в июне 2012.

При поступлении у девочки отмечались жалобы на наличие участков уплотнения кожи в области дистальных фаланг большого и указательного пальцев правой кисти, участков уплотнения кожи и болезненных ощущений в области локтевых, коленных, голеностопных суставов. Гиперпигментация кожи на передней поверхности бедер в динамике усилилась.

Состояние при поступлении оценено как среднетяжелое, обусловлено выраженными кожными проявлениями, болевым синдромом, двигательными расстройствами. Кроме того, отмечалась гипотермия и гипергидроз дистальных отделов верхних и нижних конечностей. Участки гиперпигментации кожи были расположены на переднелатеральной поверхности бедер, в области щек – телеангиоэктазии. Определялись кальцификаты в мягких тканях дистальных фаланг большого и указательного пальцев правой кисти (размеры до 1,0 и 0,5 см соответственно). Было выявлено ограничение движений и боль при максимальном сгибании межфаланговых суставов обеих кистей, боль в области локтевых, коленных, голеностопных суставов с участками уплотнения кожи над ними. При обследовании ребенка рентгенологически в мягких тканях ногтевых фаланг I-II пальцев правой кисти – тени кальцификатов овоидной формы.

За время пребывания в отделении состояние девочки оставалось стабильным, на фоне проводимой терапии – с положительной динамикой. Терапия проводится непрерывно, при повторных госпитализациях отмечается постепенное улучшение за счет уменьшения уплотнений пораженных участков кожи, некоторого улучшения самочувствия.

Однако, в виду тяжести течения ССД, имеющей тенденцию к прогрессированию заболевания, с постепенным вовлечением в патологический процесс всех органов и систем, данная патология должна оставаться под пристальным наблюдением кардиоревматологов.

А.П.Ястребцева, Т.А.Локоткова

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ. ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Кафедра факультетской педиатрии и медицинской генетики

Внебольничная пневмония (ВП) – это острое неспецифическое заболевание легочной ткани, в основе которого лежит инфекционный токсикоз, дыхательная недостаточность, водно-

электролитные и другие метаболические нарушения, характеризующееся асимметрией физикальных данных с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

По данным официальной статистики в структуре заболеваемости детей от 0 до 14 лет на долю патологии органов дыхания приходится до 65% случаев. На территории Украины заболеваемость детей от 1 месяца до 15 лет составляет до 20 человек на 1000 населения в год.

Мы провели ретроспективное исследование 28 историй болезни пациентов находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ДГКБ №1 в период с 01.05.12 по 31.08.12. В ходе исследования было проведено распределение детей на группы по половому признаку (64,3% мальчиков и 35,7% девочек), по своевременности назначения эмпирической антибактериальной терапии (до 7 дней от начала заболевания в 21,4% случаев и более 7 дней от начала заболевания в 78,6% случаев) и по средней продолжительности пребывания в стационаре (в 95% случаев длительность пребывания в стационаре составила более 10 дней при полном разрешении патологической рентген-картины).

Проведя анализ исходных данных и плана лечения, определена прямая связь между своевременностью постановки диагноза и эффективностью проводимой терапии. При этом антибактериальными препаратами первого ряда для терапии внегоспитальной пневмонии (вызванной типичными возбудителями) в условиях стационара, могут быть цефалоспорины II – III поколений. Препаратами второго ряда могут выступать макролиды.

В случае атипичной этиологии пневмонии препаратами выбора являются макролиды.

ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Д.А.Пономарёв, А.А.Мирошниченко

УРОВЕНЬ АГРЕССИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии

Целью исследования было установить, является ли проблема взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками следствием повышенного уровня агрессивности последних, заложенного еще на этапе их обучения.

В связи с поставленной целью изучен уровень агрессии у студентов шестого курса Днепропетровской медицинской академии (ДМА).

Методика исследования. Использовался тест агрессивности (Опросник Л.Г. Почебут). Испытуемым предлагалось ответить на 40 вопросов. Опрошено 15 студентов ДМА. В зависимости от вопроса, положительный или отрицательный ответ оценивался в 1 балл. Сумма от 0 до 10, означала низкую, от 11 до 24 - среднюю, 25 и более – высокую степень агрессивности. При статистической обработке материала использовали t-критерий Стьюдента. Рассчитывали процент(P) и его ошибку(m). При $p < 0,05$ различия(p) считали статистически достоверными.

Результаты. Установлено, что у студентов ДМА средний уровень встречается у 13 ($87 \pm 9\%$), высокий у 2 ($13 \pm 9\%$) человек, низкий уровень не встречался. Таким образом, выявлено, что у студентов ДМА преобладал средний уровень агрессивности по сравнению с низким ($t=7,63$, $p < 0,001$), и по сравнению с высоким ($t=5,82$, $p < 0,001$).

Заключение. У студентов шестого курса ДМА преобладает средний уровень агрессивности, который, в будущем, под влиянием различных психологических, экономических и других аспектов специфики работы врача, может иметь склонность к повышению, и, соответственно, появлению проблем во взаимоотношении с пациентами, в то время как тесный психологический контакт и доверительные отношения между врачом первичного звена и его пациентом особенно важны и их нарушение неизбежно приведет к снижению качества оказания медицинской помощи.

Е.Д.Родина, О.Е.Ткаченко

ПЕРФЕКЦИОНИСТСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ В СЕМЕЙНОМ ВОСПИТАНИИ

Кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии

Цель. Проанализировать роль перфекционистских установок в формировании личности.

Материалы и методы. Обзор и сравнительный анализ научной литературы о перфекционизме.

Перфекционизм – неоправданное стремление к идеальному результату, стремление к безупречности и совершенству, доведенное до крайности.

Перфекционизм может проявляться в:

- стремлении довести любое действие до идеала;
- скрупулёзности, повышенном внимании к мелочам;

- гонке за найлучшим результатом.

С психологической точки зрения, в основе перфекционизма лежит желание похвалы, а иногда – страх отсутствия похвалы. Это, в свою очередь, базируются на низкой самооценке и общей неуверенности личности, являясь разными механизмами возникновения одного явления.

Чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим чувством эмоционального дискомфорта, низкой продуктивностью деятельности, риском психических расстройств и даже риском суицидального поведения.

Перфекционистская ориентация начинает формироваться очень рано. Решающими в ее возникновении выступают факторы семейного воспитания

По мнению Хамачека (Hamachek, 1978), невротический перфекционизм происходит из детского опыта взаимодействия с неодобряющими или непостоянно проявляющими одобрение родителями, чья любовь зависит от результатов деятельности ребенка.

Родители перфекциониста чрезмерно критичны, требовательны и в целом оказывают ребенку существенно меньше поддержки. Ребенок вынужден быть «безошибочным», чтобы удовлетворить родительские ожидания и избежать критики.

Выявлены четыре типа родительского поведения, которые имеют влияние на формирование перфекционистского мышления ребенка:

1. родители чрезмерно критичные и требовательные;
2. родительские ожидания и стандарты чрезмерно высоки; критика при этом не прямая, а косвенная;
3. родительское одобрение отсутствует или оно непоследовательно и условно;
4. родители-перфекционисты служат моделями для научения перфекционистским установкам и формам поведения.

Не следует делать некорректные сравнения ребенка со сверстниками, но следует разъяснять ребенку, что невозможно во всем превзойти всех. Важно также не отождествлять неудачу в каком-то деле с личностными изъянами ребенка. От неудач не застрахован никто, они – неотъемлемый элемент любой активности, в том числе и учебной деятельности. Важно научиться расценивать неудачу как указание на неприемлемость некоторого решения и необходимость поиска другого. Неправильный шаг подлежит прежде всего исправлению и лишь в отдельных исключительных случаях – осуждению, причем осуждению именно как неверное, недостойное действие, а не как свойство его совершившего.

А.В.Шапиро

ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО

Кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии

Цель. Проанализировать роль эффекта плацебо в современной медицине.

Материалы и методы. Обзор и сравнительный анализ научной литературы о плацебо.

Плацебо (от лат. placebo, буквально – «понравлюсь») – вещество без явных лечебных свойств, используемое в качестве лекарственного средства, лечебный эффект которого связан с верой самого пациента в действенность препарата.

Степень проявления плацебо-эффекта зависит от внушаемости человека и внешних обстоятельств «лечения» – например, от внешнего вида плацебо, его цены и общей сложности получения «лекарства» (это усиливает доверие к его действенности из-за нежелания считать усилия и деньги потраченными зря), степени доверия врачу, авторитета клиники.

Физиологически это связано с тем, что, в результате внушения, мозг пациента начинает выработку соответствующих этому действию веществ, в частности – эндорфинов, которые, по сути, частично заменяют действие препарата.

Иногда врачи намеренно прописывают плацебо пациентам, склонным к самовнушению болезненных ощущений. В этом случае появляется возможность избежать неоправданной фармакотерапии и многочисленных лекарственных осложнений.

Положительный эффект гомеопатических средств также объясняется эффектом плацебо.

Плацебо используется как контрольный препарат в клинических испытаниях новых лекарственных препаратов. Эффект от применения препарата должен достоверно превышать эффект плацебо, чтобы препарат сочли действующим.

В большинстве испытаний проявляется и отрицательный плацебо-эффект (ноцебо).

Эффект плацебо широко используется в психиатрии. Первая причина этого в том, что мозг человека посредством самовнушения легче корректирует свою собственную работу, чем работу других органов. Поэтому при психических расстройствах плацебо особенно эффективно. Вторая причина в том, что от многих психических расстройств – таких как бессонница, депрессия, кошмарные сны – эффективных лекарственных средств ещё не найдено, или же эти средства действенны лишь для небольшой части пациентов.

В настоящее время работа по раскрытию этого феномена сводится к решению двух основных вопросов:

- Какое сочетание звуков и символов вызывает эффект плацебо;
- Как применять плацебо, минуя необходимость лгать пациентам.

Заключение. Если должным образом изучить эффект плацебо, с его помощью можно на треть сократить расходы на лечение. Доктора будут проводить меньше рискованных операций, помогая вместо этого пациентам эффективно улучшить контроль над своим телом и собственным здоровьем.

Важность этой проблемы трудно переоценить, поскольку она затрагивает саму сущность нашего представления о спектре собственных возможностей и о том, что такое человек.

СОЦІАЛЬНА ГІГІЄНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 338.24

Т.Ю.Коваленко

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНИМ ЛІКУВАННЯМ В УКРАЇНІ: СКЛАД ПРОБЛЕМИ

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії
державного управління при Президентові України

Резюме. Забезпечення дітей санаторно-курортним лікуванням в Україні: склад проблеми. Розглядаються актуальні питання у сфері державного регулювання санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні, зокрема, в умовах реалізації медичної реформи з метою дослідження проблемного поля формування та реалізації державної політики України у цій галузі. Обґрунтовується актуальність цієї проблеми як окремого напрямку державно-управлінської діяльності.

Ключові слова: органи державної влади, соціальна проблема, державне регулювання, санаторно-курортне забезпечення, діти.

Kovalenko T.Yu. Ensuring children's sanatorium-resort treatment in Ukraine: the composition of the problem.

Public administration actual problems in sphere of government regulation of children sanatorium-and-spa support in Ukraine, particularly under medical reform realization are considered. This problem urgency as a separate direction of state-administrative activity is substantiated.

Key words: state authorities, social problem, government regulation, sanatorium-and-spa support, children.

Вступ. Після проголошення незалежності Україна досить тривалий час перебувала у складних соціально-економічних умовах, спричинених формуванням засад ринкового господарювання. Масштабна перебудова соціально-політичних та економічних умов після 1991 р. визначили необхідність створення в українській державі нових організаційних структур управління у всіх сферах життєдіяльності з одночасним реформуванням відносин у сфері державного управління [5]. Однак чи не єдиною сферою, яка довгий час не зазнавала суттєвих організаційних змін, залишалась сфера охорони здоров'я. Проголошені Конституцією України принципи організації охорони здоров'я на практиці мали, переважно, декларативний характер. Це виявлялось у низькій якості медичних послуг для населення, нерівному доступі до послуг сфери охорони здоров'я та надвисоких особистих фінансових витратах населення під час одержання медичних послуг.

Згодом, обраний Україною курс євроінтеграційних змін поставив на порядок денний питання нагальної перебудови галузі охорони здоров'я. Завдяки цьому система охорони здоров'я стала флагманом реалізації Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Постановка проблеми. Впевнений поступ української держави в напрямі поглиблення завдань реформування, раніше визначених низкою законодавчих та нормативно-правових актів, на даний час є очевидним і незаперечним як для спеціалістів медичної сфери, так і фахівців в галузі державного управління [1; 8; 9]. Зокрема, для суспільного обговорення на порядок ден-

ний можна винести питання фінансового, матеріально-технічного та нормативно-правового забезпечення, функціонування та розвитку системи державного управління санаторно-курортним забезпеченням, які виникли ще на початку становлення української держави, але й сьогодні, у період масштабного реформування здравооохоронної галузі, потребують подальшого теоретико-методологічного осмислення й наукового обґрунтування. Мова йде, насамперед, про теоретико-методологічний супровід державно-управлінської діяльності по реформуванню системи санаторно-курортного забезпечення дітей, яка до цього часу ще не набула статусу пріоритетного напрямку організаційних змін у сфері охорони здоров'я..

Аналіз наукових досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми, показує, що питання державного регулювання у сфері санаторно-курортного обслуговування дітей набувають дедалі більшої актуалізації, адже в Україні майже 2/3 закладів санаторного типу функціонують з метою задоволення лікувально-профілактичних потреб саме дитячого контингенту (табл. 1).

Таблиця 1

Контингент хворих у всіх діючих санаторіях обласного та міського підпорядкування у 2012 році (сфера управління МОЗ України)

Адміністративні території	Надійшло хворих	У тому числі			
		дорослих		дітей	
		абс.	%	абс.	%
Україна	120 515	24 943	20,70	95 572	79,30

На важливості дослідження проблем державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення, особливо в умовах переходу до ринкових відносин господарювання, наголошувалось у наукових публікаціях А.І.Амоші, Л.А.Голика, П.В.Гудзя, Ю.В.Деркача, В.В.Єжова, О.О.Любіцева, В.К.Мамутова, М.І.Мацолі, П.І.Надолішного, Н.Р.Нижник, Я.Ф.Радиша, І.В.Рожкової, О.В.Соловйовой, О.С.Шаптали та ін. Проте поза межами наукових розробок залишаються проблемні питання санаторно-курортного забезпечення, що ідентифікувалися з початком реалізації в Україні медичної реформи. Існування проблеми наукового обґрунтування державного регулювання у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей набувають особливої актуалізації у період реалізації галузевого реформування через остаточну невизначеність змісту теоретико-методологічних засад державного управління цією сферою на системному принципі. Такий підхід сприятиме забезпеченню широкого доступу дітей із мало-забезпечених верств населення до комплексного проходження всіх етапів лікування та медичної реабілітації, насамперед, у лікувально-профілактичних закладах державної та комунальної форми власності. Тематика здійснення такого дослідження узгоджується з основними напрямками адміністративної реформи України та реформи сфери охорони здоров'я, головною метою якої є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [7].

Мета статті полягає у дослідженні проблемного поля формування та реалізації державної політики України щодо санаторно-курортного забезпечення дітей в умовах реалізації медичної реформи.

Основний зміст дослідження. У вітчизняній санаторно-курортній галузі упродовж багатьох років закріпилась тенденція до зменшення кількості оздоровчих і санаторно-курортних закладів. Так, сьогодні в Україні працює 520 санаторіїв і пансіонатів з лікуванням (2005 р. їх було 524, а 2001 р. – 555), лише 277 санаторіїв-профілакторіїв (а рік тому майже 300) [4]. Аналогічна ситуація склалася і з будинками відпочинку, турбазами, дитячими оздоровчими установами. На даний час санаторно-курортна галузь України не має єдиної структури і розосереджена між різними міністерствами, відомствами, акціонерними товариствами, громадськими організаціями та іншими керівними структурами. У зв'язку з цим розвиток санаторного напрямку як окремої

складової системи реабілітаційної медицини в нашій державі відбувається безсистемно та відокремлено.

В умовах ринку стримуючими факторами розвитку санаторно-курортної галузі є низький рівень добробуту більшості населення, застаріла нормативно-правова база, нерозвиненість інформаційного забезпечення, відсутність соціальних механізмів впливу на розвиток цієї галузі. Разом з тим, головним спрямовуючим вектором тут виступають лише бізнес-інтереси та можливості засновників санаторних закладів. В сучасній системі охорони здоров'я, яка є регульованим середовищем, держава повинна контролювати доступність послуг лікарів та здійснювати заходи щодо ефективності профілактики захворювань, гарантуючи всім громадянам визначений обсяг медичної допомоги.

Однак, незалежно від відомчої приналежності та організаційно-правової форми, санаторно-курортна галузь являє собою єдиний комплекс, який потребує організаційно-методичного забезпечення і державного управління.

Якщо за часів СРСР існувала тільки державна форма власності в усіх структурних складових сфери санаторно-курортного забезпечення, то в умовах ринкових відносин тут вже налічується декілька різновидів форм власності, що дозволяє класифікувати санаторно-курортні заклади на декілька груп. В першу групу входять некомерційні лікувально-профілактичні заклади з державною та комунальною формою власності, які функціонують за принципом «стаціонарного лікування». За функціональним призначенням заклади цієї групи надають, переважно, медичні та обмежений перелік інших послуг.

Другу групу складають санаторно-курортні заклади відомчого підпорядкування, які функціонують, переважно, у вигляді оздоровчих центрів. За організаційною формою – це готельні комплекси з розвинутою лікувально-діагностичною базою. Крім того, характерним для закладів цієї групи є існування високорозвинутої системи надання супутніх послуг (дієтичне харчування, організація дозвілля та відпочинку, високий рівень побуту, екскурсійне обслуговування тощо).

Третю групу закладів складають комерційні підприємства різних організаційно-правових форм. Частина з них продовжує функціонувати за принципами медичних установ, залучаючи для санаторно-курортного лікування кошти фондів підприємств і організацій, а також особисті кошти громадян чи кошти Фонду соціального страхування.

Таким чином, процеси, що відбуваються у даний час в санаторно-курортній галузі, можна назвати переходом від безкоштовної пільгової медицини до медицини, що функціонує на комерційній основі та потребує реформування.

Санаторно-курортна галузь традиційно у всьому світі розглядається як складова частина сфери туризму, і є однією з найбільш високоприбуткових галузей сучасної світової економіки. Так, на сферу туризму припадає до 11% світового валового національного продукту (ВНП), 7% світових інвестицій, кожне 16-е робоче місце, 11% світових споживчих витрат, 5% усіх податкових надходжень [3]. Однак, думки вітчизняних та зарубіжних дослідників у цьому питанні не можна назвати однозначними. Так, представники одного наукового підходу вважають, що санаторій – це логічне завершення (продовження) лікування в оточенні різноманітних приємних складових (природа, клімат, правильний режим, відпочинок, дієтичне харчування, екскурсії тощо). На думку Б.Н. Семенова, власне санаторне лікування, більш приємне і комфортне, адже здатне викликати позитивні емоції навіть при наявності можливого погіршення самопочуття пацієнта, що пояснюється періодом адаптації, бальнеореакцією організму та іншими факторами впливу.

Дещо іншу точку зору висловлюють російські дослідники А.М. Разумов, І.П. Бобровницька, Е.Р. Яшіна, І.Б. Петрунь. Вони вважають, що орієнтація менеджменту санаторно-курортних закладів виключно на контингент хворих людей як на основну цільову аудиторію відсікає від відпочинку на вітчизняних курортах багато потенційних зарубіжних клієнтів, які за класифікацією ВОЗ є «практично здоровими людьми». Такий підхід, насамперед, піддає сегрегації таку багаточисельну вікову групу як діти та молодь. Прихильники такого підходу стверджують, що істотну роль у розвитку санаторно-курортної галузі як всієї країни, так і окремого регіону, може

зіграти додаток до традиційних медичних послуг, пропонованих санаторними закладами, широкого комплексу сучасних діагностичних та лікувально-профілактичних послуг у поєднанні з побутовими послугами, організацією харчування та дозвілля. Так, соціологічні опитування відпочиваючих підтвердило вірогідність зменшення попиту до медичної складової в структурі оздоровчих заходів. Для основної частини респондентів метою поїздки є відпочинок, і лише 25% опитаних відзначають пріоритетність санаторно-курортного лікування. В той час як лише п'ять років тому аналогічні опитування виявили домінування медичної складової. Тобто на даний час зафіксована зміна пріоритетів в структурі санаторно-курортного лікування [3].

Ще однією тенденцією, характерною для сучасного етапу розвитку системи санаторно-курортного забезпечення, є надання більш коротких, у порівнянні з традиційними термінами, курсів санаторно-курортного лікування. На даний час все більша частка хворих, керуючись економічними міркуваннями, проходить санаторно-курортне лікування за скороченими термінами (від 10 до 14 днів). Санаторно-курортні заклади, враховуючи запити споживачів, змушені реалізовувати свої послуги частково, в кожному конкретному випадку розробляючи такий їх комплекс, який відповідав би вимогам клієнтів. Між тим, не зважаючи на всі існуючі проблеми в санаторно-курортній сфері, слід акцентувати про наявність у нашій країні потужного потенціалу розвитку цієї галузі (різні кліматичні зони, цінні рекреаційні ресурси, багатство природного світу, історико-культурна спадщина країни тощо) і необхідність дотримання державою контролюючого впливу та державного регулювання у цій сфері.

Наступною тенденцією сьогодення, характерною для вітчизняної санаторно-курортної галузі, слід назвати неузгодженість нормативно-правової бази, внаслідок чого окремі процеси реформування цієї галузі дотепер перебувають на початковій стадії. Це призводить до скорочення бюджетного фінансування соціальних програм, скасування пільг і дотацій на дитяче оздоровлення й відпочинок, неналежне врахування специфіки дитячого оздоровлення в бюджетному, податковому, інвестиційному, фінансово-кредитному законодавстві. Активне реформування системи охорони здоров'я створює необхідні умови для розробки актуальних нормативно-правових актів, які б стали основою для удосконалення діяльності дитячих санаторно-курортних закладів. Адже інвестиції в людину, розширення її потенціалу набувають стратегічного значення, а соціальний капітал, як відомо, є фундаментом економічного й політичного розвитку держави.

На наш погляд, насамперед, слід удосконалити понятійно-категоріальний апарат державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення, тому що доволі широкий синонімічний ряд, присутній у чинному українському законодавстві, спричиняє негативне підґрунтя для неоднозначного тлумачення нормативно-правових норм державного управління цією сферою. Так, на даний час у відомчих наказах Міністерства охорони здоров'я України та різних законах, що регулюють діяльність санаторно-курортної галузі, зустрічається поряд з традиційними поняттями «санаторне лікування», «санаторне оздоровлення», дещо нові поняття – «медична реабілітація», «відновне лікування» та «санаторна допомога». Не вніс ясності у цьому питанні й нещодавно прийнятий закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я». У ньому, зокрема, визначається, що медична реабілітація – це відновне лікування, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [6]. Тобто, вітчизняний законодавець тлумачить медичну реабілітацію та відновне лікування як тотожні поняття. Дещо інший погляд мають вітчизняні дослідники Я.Ф. Радиш, В.П. Мегедь, О.М. Соколова, І.П. Чорний, наголошуючи на необхідності комплексного підходу у здійсненні реабілітаційних заходів, що не обмежується виключно лікувальними програмами [11]. Сучасний тлумачний словник також надає зміст поняття «медична реабілітація» як комплекс медичних, педагогічних, професійних засобів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів. [2]. В той же час, згідно європейським підходам, реабілітаційна допомога передбачає здійснен-

ня виключно післялікарняної медичної допомоги та реабілітації у стаціонарних закладах сестринського догляду (nursing homes) чи закладах проміжного типу (halfway houses) [10]. Зважаючи на те, що санаторій – це заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів, діяльність таких закладів набуває закономірного переходу із площини здоровоохоронної сфери до сфери інтегрованих соціальних послуг. Сформульована гіпотеза, звичайно, потребує здійснення більш ґрунтовних досліджень.

Висновки та перспективи подальших розробок. Таким чином, дослідження проблемного поля формування та реалізації державної політики України щодо санаторно-курортного забезпечення дітей в умовах реалізації медичної реформи є актуальним напрямом наукових досліджень в галузі науки «Державне управління». Методологія вивчення заявленого проблемного поля у майбутньому передбачає здійснення аналітичної роботи у таких напрямках: формулювання державно-управлінської проблеми як такої, що на даний час є невирішеною; встановлення просторово-часових меж цієї проблеми; з'ясування типу, характеру проблеми, її основних системних характеристик (структури, зв'язків, функцій тощо); встановлення закономірностей розвитку проблеми, її наслідків; з'ясування принципових можливостей щодо її вирішення; визначення необхідних ресурсів для її розв'язання; розроблення управлінських технологій її вирішення і власне розв'язання проблеми.

Літературні джерела

- 1.Адміністративна реформа в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи : [монографія] / В. М. Алексєєв, О. Ф. Андрійко, О. М. Бабич [та ін.]. – Д. : Монолит, 2009. – 383 с.
- 2.Великий тлумачний словник сучасної української мови : [під ред. В. Т. Бусел]. – К. : ВТФ «Перун», 2004. – 1440 с.
- 3.Ветитнев А. М. Маркетинг некоммерческих санаториев / А. М. Ветитнев, Е. В. Цирюта // Маркетинг в России и за рубежом. – 2006. – № 2 (52). – С.108-115.
- 4.Гаман П. І. Державне регулювання розвитку рекреаційної сфери Карпатського регіону України : дис. доктора наук з державного управління за спец. 25.00.02 – механізми державного управління. – Рада по вивченню продуктивних сил України НАН України. – Київ, 2009. – 36 с.
- 5.Нариси історії державної служби в Україні / [О. Г. Аркуша, Є. І. Бородин, С. В. Віднянський та ін.] ; ГУДС ; Ін-т історії НАН України. – К. : Ніка-центр, 2008. – 536 с.
- 6.Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : закон України від 07 лип. 2011 р. № 3611. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
- 7.Програма економічних реформ України на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua>.
- 8.Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ Президента України від 6 груд. 2005 № 1694/2005. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
- 9.Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : закон України від 07 лип. 2011 р. № 3612. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.
10. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія/ І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.
11. Радиш Я.Ф. Механізми державного регулювання санаторно-курортного лікування та медичної реабілітації військовослужбовців в Україні: генезис і тенденції розвитку (вступ до проблеми) / Я.Ф. Радиш, В.П. Мегедь, О.М. Соколова, І.П. Чорний // Держава і регіони : Серія «Державне управління». – 2012. – № 1. – С. 69 – 76.

Коваленко Т.Ю. Обеспечение детей санаторно-курортным лечением в Украине: состав проблемы.

Резюме. Рассматриваются актуальные вопросы в сфере государственного регулирования санаторно-курортного обеспечения детей в Украине, в частности, в условиях реализации медицинской реформы с целью исследования проблемного поля формирования и реализации государственной политики Украины в этой сфере. Обосновывается актуальность этой проблемы как отдельного направления государственно-управленческой деятельности.

Ключевые слова: органы государственной власти, социальная проблема, государственное регулирование, санаторно-курортное обеспечение, дети.

Т.Ю.Коваленко

САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ: СТАН ПРОБЛЕМИ

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, кафедра державного управління та місцевого самоврядування

В даний час система реабілітації широко розробляється у всьому світі. Лікування різноманітних захворювань, відновлення функції окремих органів та цілих систем є ланцюгами складної системи лікувально-відновного впливу на хворого - людину з індивідуальними особливостями, що займає певне місце в суспільстві, сім'ї, трудовому на навчальному колективі.

В період масштабного реформування галузі охорони здоров'я проблема санаторно-курортного забезпечення набуває особливої актуалізації і потребує теоретико-методологічного осмислення й наукового обґрунтування державного регулювання через остаточну невизначеність змісту теоретико-методологічних засад державного управління цією сферою на системному принципі. Мова йде, насамперед, про теоретико-методологічний супровід державно-управлінської діяльності по реформуванню системи санаторно-курортного забезпечення дітей, яка до цього часу ще не набула статусу пріоритетного напрямку організаційних змін у сфері охорони здоров'я.

Разом з тим, проведений аналіз наукових досліджень, показує, що питання державного регулювання у сфері санаторно-курортного обслуговування дітей набувають дедалі більшої актуалізації, адже в Україні майже 2/3 закладів санаторного типу функціонують з метою задоволення лікувально-профілактичних потреб саме дитячого контингенту.

Метою роботи є дослідження проблемного поля формування та реалізації державної політики України щодо санаторно-курортного забезпечення дітей в умовах реалізації медичної реформи.

На даний час санаторно-курортна галузь України не має єдиної структури і розосереджена між різними міністерствами, відомствами, акціонерними товариствами, громадськими організаціями та іншими керівними структурами. У зв'язку з цим, розвиток санаторного напрямку як окремої складової системи реабілітаційної медицини в нашій державі відбувається безсистемно та відокремлено. Зараз, в умовах ринкових відносин, залежно від різних форм власності санаторно-курортні заклади розподіляються на декілька груп. В першу групу входять некомерційні лікувально-профілактичні заходи з державною та комунальною формою власності. Другу групу складають санаторно-курортні заклади відомчого підпорядкування, які функціонують, переважно, у вигляді оздоровчих центрів. Третю групу закладів складають комерційні підприємства різних організаційно-правових норм. Таким чином, простежується тенденція до переходу від безкоштовної пільгової медицини до медицини, що функціонує на комерційній основі та потребує реформування.

Незалежно від відомчої приналежності та організаційно-правової форми, санаторно-курортна галузь являє собою єдиний комплекс, який потребує організаційно-методичного забезпечення і державного управління.

Разом з тим, потребує удосконалення понятійно-категоріальний апарат державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення, тому що широкий синонімічний ряд, присутній у чинному українському законодавстві, спричиняє негативне підґрунтя для неоднозначного тлумачення нормативно-правових норм державного управління цією сферою. Так, потребують уточнень поняття «санаторне лікування», «санаторне оздоровлення», «медична реабілітація», «відновне лікування», «санаторна допомога» для більш однозначного розділення сфер діяльності різних закладів санаторно-курортної галузі.

Таким чином, активне реформування системи охорони здоров'я створює необхідні умови для розробки актуальних нормативно-правових актів, які б стали основою для удосконалення діяльності дитячих санаторно-курортних закладів, при цьому дослідження проблемного поля формування та реалізації державної політики України щодо санаторно-курортного забезпечення дітей є актуальним напрямом наукових досліджень. Адже інвестиції в людину, розширення її потенціалу набувають стратегічного значення, а соціальний капітал, як відомо, є фундаментом економічного і політичного розвитку держави.

Т.Ю.Коваленко, Е.Ю.Ткаченко

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ОГЛЯД СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, кафедра державного управління та місцевого самоврядування

Одним з пріоритетних напрямів реформи системи охорони здоров'я визначено напрям щодо удосконалення системи профілактики захворювань, що включає, у тому числі, створення оздоровчих установ для надання населенню послуг оздоровчого характеру. Тобто мова йде про нову модель державного управління в сфері санаторно-курортного забезпечення, у тому числі, дітей, проект якої ще знаходиться на стадії теоретичного обґрунтування. У зв'язку з цим, доцільно проаналізувати в історичному контексті попередній досвід розвитку цієї сфери.

Метою мали розглянути державну політику під час становлення та розвитку санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні.

Матеріали та методи. З моменту започаткування, санаторно-курортна справа мала статус окремої ланки державної політики. Державна політика України щодо санаторно-курортного забезпечення дітей розвивалася поетапно. Етап започаткування санаторно-курортної справи. Організація та будівництво дитячих курортів розпочалося у радянську добу. Таке рішення було пов'язане з високою захворюваністю та смертністю дітей, особливо перших п'яти років, а також відокремленням і розвитком педіатрії, як самостійної галузі медицини. Перші декрети, які сприяли початку санаторно-курортного лікування вийшли в 1919 р. «Про лікування місцевості загальнодержавного значення» та 1920 р. «Про використання Криму для лікування працівників». Відтоді всі лікувальні місцевості, дачі поміщиків перейшли у державну власність та набули статусу будинків відпочинку. Тоді ж, у 1920 році з'явився перший дитячий санаторій для хворих на кістково-суглобовий туберкульоз.

Етап активного будівництва і розвитку. В 30-ті роки почали функціонувати дитячі санаторії для хворих на ревматизм, туберкульоз, поліомієліт, хвороби шлунково-кишкового тракту та системи дихання. У той же час пройшла реорганізація санаторної справи у зв'язку з інтенсивною розбудовою курортної мережі.

Етап руйнації та відновлення. Під час другої світової війни більшість санаторіїв були знищені. Але протягом декількох повоєнних років, пройшла відбудова дитячих санаторіїв та їх активне функціонування.

Етап сталого функціонування та реформування. У Радянському Союзі удосконалення санаторно-курортної допомоги дітям, підвищення ефективності лікування було проголошено одним із головних державних завдань у сфері охорони здоров'я. Видавалися постанови для подальшого поліпшення охорони здоров'я, особливо дітей та жінок. Було розширено мережі дитячих курортів, санаторіїв, будинків відпочинку.

В 60-х роках частина санаторіїв та будинків відпочинку була передана профспілкам. А в 1986 році спеціальною постановою були закріплені за кожним санаторієм підприємство, радгосп, колгосп та інші організації для подання їм шефської допомоги.

Таким чином, система державного регулювання мала залежність як від специфічних політичних і економічних умов, так і від загальних потреб населення щодо лікування, оздоровлення, відпочинку. Україна традиційно була лідером серед колишніх республік СРСР як по забезпеченню населення санаторно-курортною допомогою, так і по застосуванню різноманітних форм організації.

СПОРТИВНА МЕДИЦИНА ТА ВАЛЕОЛОГІЯ

С.Генсирук, В.Б.Бакурідзе-Маніна

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології

Серцево-судинна система відіграє важливу роль в життєдіяльності організму, постачає всім тканинам і органам поживні речовини, виносить продукти обміну. Тому при захворюваннях апарату кровообігу порушується функціональна діяльність усього організму, знижується працездатність, настає передчасна старість. Серцево-судинні захворювання є основною причиною інвалідності і смертності людей у більшості країн світу.

Суть дослідження полягає в тому, щоб довести значення ефективності фізичної реабілітації (ФР), а зокрема лікувальної фізичної культури (ЛФК) на поліклінічному етапі реабілітації у хворих на гіпертонічну хворобу. Для даного дослідження було використано методичну літературу по ЛФК, ФР в загальності та статистичний метод дослідження.

На базі поліклініки було проведено аналіз диспансерних карток хворих (статистичний метод) 50 чоловік, які хворіють на гіпертонічну хворобу і на протязі одного року один чи два рази лікувались стаціонарно. В групу хворих входили жінки та чоловіки, які страждають на гіпертонічну хворобу протягом 4-5 років. Усі досліджувані знаходилися один чи два рази на рік, на лікарняному етапі лікування з діагнозом: гіпертонічна хвороба II стадії.

Контингент досліджуваних можна поділити на такі дві групи:

I група – 20 хворих, в яких лікування в стаціонарі проводилося медикаментозно без застосування засобів фізичної реабілітації та в подальшому на поліклінічному етапі не застосовувалися ФР;

II група – 30 хворих, в яких лікування в стаціонарі проводилося як медикаментозно, так і застосування засобів фізичної реабілітації (ФР) з подальшим застосуванням засобів. (ЛФК)

Групи відповідали певній віковій категорії (40-60 років).

Висновки

1. Данні аналізу літературних джерел за темою дослідження свідчать про те, що застосування ФР при гіпертонічній хворобі, а зокрема ЛФК в поєднанні з медикаментозним методом лікування є ефективним. Цей метод застосування потребує не тільки індивідуального підходу, а також врахування загального стану пацієнта, стадії захворювання, ускладнення та супутніх діагнозів. А також послідовності, комплексності та поступовості.

2. Використання ЛФК сприяло покращенню загального самопочуття закономірно супроводжувалося зниженням артеріального тиску у пацієнтів другої групи (САТ знизився на 8 %, ДАТ – на 13 %), тоді як в першій групі результати є значно гіршими і становлять САТ – 12 %, ДАТ – 19%. ЛФК є засобом, який не потребує значних фінансових затрат і може використовуватися, як на лікарняному етапі реабілітації так і післялікарняному етапі реабілітації. Пацієнти також можуть самостійно займатися ЛФК, після надання консультації реабілітологом, що є особливо важливим враховуючи малозабезпеченість лікувальних закладів необхідними спеціалістами в даній області.

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК: 616.316-02:616.43-071-079.4

О.А.Левченко, Е.Н.Марциник, О.Д.Салюк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СЛЮНЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I И II ТИПОВ

Кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Цель исследования – оценить возможность использования метода микрокристаллизации слюны (МКС) для прогнозирования рисков развития кариеса у больных с различным вариантом течения сахарного диабета (СД) и разработать дополнительные критерии оценки степени компенсации углеводного обмена. Обследовано 30 пациентов – 17 больных СД I типа (I группа) и 13 больных СД II типа (II группа). Каждая группа пациентов была разделена на две подгруппы: пациенты с компенсированным и субкомпенсированным СД, пациенты с декомпенсированным СД. При проведении исследования использовались клинические, специальные, лабораторные методы, а так же кристаллографический метод. Изучение МКС показало, что у компенсированных больных СД до лечения преобладает II тип кристаллов, а после коррекции глюкозопонижающей терапии – I. У больных с декомпенсированным СД I типа до лечения преобладает IV тип МКС, а после лечения – III. Выявляется обратная зависимость между минерализующим потенциалом слюны и КПУ у компенсированных больных и прямая зависимость – у декомпенсированных, что, по-видимому, связано с влиянием других метаболических факторов. Можно сделать выводы, что МКС может быть использована как дополнительный метод оценки компенсации СД, а сахарный диабет является одним из факторов риска развития кариеса зубов.

Ключевые слова: микрокристаллизация слюны, минерализующий потенциал слюны, сахарный диабет, степень компенсации углеводного обмена, среднесуточная глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин.

Вступление. Известно, что некоторые биологические жидкости (кровь, спинномозговая жидкость, слюна, цервикальная жидкость) способны кристаллизоваться при определенных условиях и образовывать узоры в виде листа папоротника или морозного узора. Морфология этих узоров существенно изменяется в зависимости от имеющегося у пациента заболевания [2]. Поэтому в настоящее время для установления правильного диагноза при различных видах патологии (воспалительных, опухолевых, сосудистых заболеваниях, травмах мозга, болевых синдромах, заболеваниях ЖКТ и др.) в качестве дополнительного используется кристаллографический метод исследования. На сегодняшний день также разработаны критерии диагностики и дифференциальной диагностики сахарного диабета I и II типов по оценке фигур кристаллизации слюны [7].

Сахарный диабет (СД) — одно из наиболее распространенных заболеваний; он занимает основное место не только в структуре эндокринных болезней, но и среди заболеваний неинфекционной природы (третье место после сердечно-сосудистой и онкопатологии). В развитых европейских странах распространенность сахарного диабета составляет 6–10 % в общей популяции, а среди лиц с факторами риска и у пожилых людей достигает 30 % населения. Самая ранняя среди всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность среди пациентов определили СД в качестве приоритетов в национальных системах здравоохранения всех стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией [8].

Несмотря на меры по профилактике сахарного диабета, предпринимаемые ВОЗ и правительствами разных государств, распространенность этого заболевания во всем мире продолжает увеличиваться. В Украине также зафиксировано увеличение распространенности сахарного диабета. Согласно данным, опубликованным на сайте МЗ Украины, на начало ноября 2011 г. в Украине зарегистрировано 1,2 млн больных сахарным диабетом. Из них 184 тыс. — инсулинозависимые, среди которых 8 тыс. детей в возрасте до 18 лет.

Известно, что между соматическими заболеваниями и состоянием органов полости рта существует взаимосвязь, обусловленная нарушением гемодинамики, метаболизмом, иммунологическими и нейрорегуляторными нарушениями в организме [1, 6]. Патологией, которая непосредственно влияет на состояние зубов и пародонта, является сахарный диабет. У лиц с сахарным диабетом I и II типа заболевания пародонта и кариес зубов наблюдаются в 95% случаев [5]. Установлено, что у больных сахарным диабетом происходят закономерные изменения в тканях полости рта, зависящие не только от возраста, но и от длительности заболевания, степени метаболического контроля и наличия диабетических осложнений [4].

При лечении сахарного диабета основное внимание уделяется степени компенсации сахарного диабета. Критериями оценки степени компенсации СД являются концентрации **гликированного (гликозилированного) гемоглобина и фруктозамина** в крови. Следует отметить, что данные методы являются инвазивными. Дополнением им может стать использование кристаллографического метода, преимуществом которого является неинвазивность. Кроме того с помощью определения микрокристаллизации слюны можно спрогнозировать степень риска развития кариеса зубов у данной категории больных. Это поможет своевременно принять меры по его профилактике и улучшению гигиены полости рта больных СД.

Цель исследования — оценить возможность использования метода микрокристаллизации слюны (МКС) для прогнозирования рисков развития кариеса у больных с различным вариантом течения сахарного диабета и разработать дополнительные критерии оценки степени компенсации углеводного обмена.

Задачи.

1. Определить основные морфологические виды кристаллов слюны у больных СД I и II типов в зависимости от степени компенсации углеводного обмена.
2. Оценить динамику изменения структуры кристаллов под влиянием коррекции лечения СД.
3. Проанализировать взаимосвязь между показателями углеводного обмена и состояния полости рта (МПС и КПУ).
4. С помощью данных о микрокристаллизации слюны, полученных в ходе исследования, оценить изменения характера течения СД в процессе коррекции лечения.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных сахарным диабетом, которые были разделены на две группы: 17 больных СД I типа (I группа) и 13 больных СД II типа (II группа). В исследование включены мужчины и женщины возрастом от 24 до 72 лет. С целью чистоты эксперимента из исследования исключены пациенты с сопутствующими заболеваниями, которые могут повлиять на кристаллизацию слюны (выраженные сосудистые заболевания, нефропатия IV-V степени, диабетическая стопа, хронический гепатит, заболевания кишечника, заболевания щитовидной железы с гипотиреозом и тиреотоксикозом, заболевания надпочечников).

Таблица 1

Характеристика больных на начало исследования

Учетный признак	СД I типа	СД II типа
Количество больных	17	13
Длительность СД (кол-во лет)	$8,44 \pm 2,32$	$6 \pm 2,89$

Возраст (годы)	35,59±2,20	54,23±2,43
Среднесуточная гликемия (моль/л)	9,29±0,50	10,32±0,96
Hb _{A1c} , %	8,45±0,49	8,45±0,62

Каждая группа пациентов была разделена на две подгруппы:

- I подгруппа – пациенты с компенсированным и субкомпенсированным СД (Hb_{A1c} < 7,5);
- II подгруппа – пациенты с декомпенсированным СД (Hb_{A1c} > 7,5).

Таблица 2

Распределение пациентов на группы

I группа (17 человек) – СД I типа		II группа (13 человек) – СД II типа	
I подгруппа (Hb _{A1c} < 7,5)	II подгруппа (Hb _{A1c} > 7,5)	I подгруппа (Hb _{A1c} < 7,5)	II подгруппа (Hb _{A1c} > 7,5)
7	10	5	8

Исследование проводилось в течение 10 дней, что соответствует продолжительности пребывания пациентов в стационаре. При его проведении использовались следующие **методы**:

1. **Клинические.** Оценка состояния полости рта начиналась с опроса, при этом тщательно выяснялся анамнез и жалобы со стороны полости рта. При осмотре определялось состояние слизистой оболочки полости рта (цвет, увлажненность, наличие патологических изменений).
2. **Специальные.** Определялся индекс КПУ (кариозные + пломбированные + удаленные зубы), а также уровень гигиены полости рта с помощью опросника.
3. **Лабораторные.** Из историй болезни были взяты данные лабораторных исследований:
 - а) глюкоза крови (3-4 показателя в течение суток) в начале и в конце лечения;
 - б) гликозилированный гемоглобин (Hb_{A1c}).
4. **Кристаллографический.** Данный метод предусматривает: нанесение образцов слюны на предметное стекло в виде капли объемом 1 мл, высушивание образцов при температуре 18-25°C строго в горизонтальном положении, исследование структуры образцов под оптическим микроскопом [3].

Результаты и их обсуждение. В процессе лечения в обеих группах отмечается общая тенденция к улучшению кристаллизации слюны, что выражается в увеличении количества более благоприятных типов кристаллизации (I и II) и уменьшении количества неблагоприятных типов (IV и V).

В таблице 3 приведены результаты обследования пациентов в начале лечения.

При СД I типа у больных в стадиях компенсации и субкомпенсации преобладает II тип кристаллов (42,86 %), распространенность же остальных типов одинакова и составляет по 14,29%. В стадии декомпенсации преимущественно встречается IV тип кристаллов. Большое значение имеет то, что в 20 % случаев кристаллы не образуются.

У больных СД II типа с компенсированным углеводным обменом так же, как и при СД I типа, преобладает II тип кристаллов (40 %). Однако у декомпенсированных больных, в отличие от СД I типа, IV тип кристаллов не играет ведущей роли. У этих пациентов кристаллы II, III и IV типов распространены в одинаковой степени (по 25 %) и вместе составляют большинство, что тоже заметно хуже по сравнению с пациентами, у которых Hb_{A1c} < 7,5.

Таблица 3

Результаты обследования пациентов в начале лечения

Учетный признак	Больные СД I типа		Больные СД II типа	
	Hb _{A1c} < 7,5	Hb _{A1c} > 7,5	Hb _{A1c} < 7,5	Hb _{A1c} > 7,5
	Компенсированные и субкомпенсированные	Декомпенсированные	Компенсированные и субкомпенсированные	Декомпенсированные
I тип кристаллов, %	14,29	10,00	20,00	12,50
II тип кристаллов, %	42,86*	20,00	40,00	25,00
III тип кристаллов, %	14,29	10,00	20,00	25,00
IV тип кристаллов, %	14,29*	40,00	20,00	25,00
V тип кристаллов, %	14,29	20,00	0**	12,50
КПУ, ср. знач.	12,43 ± 4,24	13,00 ± 2,56	10,40 ± 1,75*	17,75 ± 3,61
Уровень гигиены, ср. знач.	12,14 ± 1,99	9,10 ± 1,32	10,80 ± 1,56	11,00 ± 0,97
Среднесуточная глюкоза крови, ср. знач., моль/л	8,69 ± 0,60	9,72 ± 0,91	8,04 ± 0,38	11,84 ± 1,69

* $p < 0,05$ в сравнении с декомпенсированными больными СД I типа;

** $p < 0,01$ в сравнении с декомпенсированными больными СД II типа.

Данные таблицы 3 позволяют предположить, что тип кристаллизации слюны находится в обратной зависимости от уровня глюкозы крови: чем ниже среднесуточная глюкоза крови, тем благоприятнее тип кристаллизации. Это подтверждается тем, что между показателями МПС и среднесуточной глюкозы крови определяется корреляционная связь умеренной интенсивности и близкая к умеренной, однако, при компенсированном СД она отрицательная, а при декомпенсированном – положительная. Возможно, это связано с ограниченным временем наблюдения за пациентами. Ведь глюкоза крови является параметром, меняющимся намного быстрее, чем тип микрокристаллизации слюны.

Также прослеживается зависимость между уровнем компенсации и индексом КПУ. У компенсированных и субкомпенсированных больных индекс КПУ в среднем ниже, чем у пациентов в стадии декомпенсации. Кроме того выявлены корреляционные связи высокой и умеренной интенсивности между показателями КПУ и среднесуточной глюкозы крови у больных СД I и II типов. Прослеживается прямая зависимость этих показателей: чем выше уровень среднесуточной глюкозы крови, тем выше распространенность кариеса. Выявленная у компенсированных больных СД I типа слабая связь между КПУ и среднесуточной глюкозой объясняется малой выборкой и ограничением времени наблюдения за пациентами.

У больных СД II типа параллельно со снижением степени компенсации не только повышается КПУ, но и снижается уровень гигиены, определяемый с помощью опросника. Это не противоречит данным литературы, чего нельзя сказать о первой группе обследованных (СД I типа). При относительно низком индексе КПУ у больных с компенсированным углеводным обменом гигиена полости рта существенно хуже, чем у больных с $Hb_{A1c} > 7,5$. У них отмечается наличие большого количества зубных отложений, преимущественно зубного камня. Данный факт можно объяснить высокой минерализующей функцией слюны. Поэтому, несмотря на обильные зубные отложения и низкий уровень гигиены, кариес у этих пациентов развивается в меньшей степени.

Высокая корреляционная связь установлена и между МПС и КПУ у пациентов с сахарным диабетом I типа. Однако при этом у компенсированных больных она отрицательная, что отображает обратную зависимость: чем ниже минерализующий потенциал слюны, тем выше интенсивность кариеса. У пациентов на стадии декомпенсации – положительная корреляционная связь, т. е. выявляется прямая зависимость между показателями. То есть, несмотря на высокий минерализующий потенциал слюны, у них велика распространенность кариеса. Это, по-видимому, связано с действием других метаболических факторов (полинейропатия, микроангиопатия, гликирование тканей зуба), действие которых более выражено при декомпенсированном углеводном обмене. Из этого следует сделать вывод, что риск развития кариеса у данной подгруппы пациентов очень высок. Чтобы избежать его возникновения необходимо провести своевременную коррекцию лечения СД (задача эндокринологов) и разработать соответствующие профилактические мероприятия по предотвращению кариеса (задача стоматологов). Отсутствие связи между КПУ и МПС у больных СД II типа объясняется влиянием на МПС у них многих других факторов (дислипидемия и т.д.).

Всего после проведенной в стационаре коррекции лечения улучшение отмечено у 90 % больных, у 6,67 % - изменений не наблюдалось, у 3,33 % (1 пациент, страдающий СД I типа) – заметно ухудшение (II тип кристаллов в начале лечения и IV тип – в конце). У этого же пациента среднесуточная глюкоза при выписке была выше, чем при поступлении в стационар (9,1 ммоль/л и 10,2 ммоль/л соответственно).

Динамика изменения МКС в процессе лечения рассматривалась в каждой подгруппе отдельно, параллельно с динамикой изменения среднесуточной глюкозы крови.

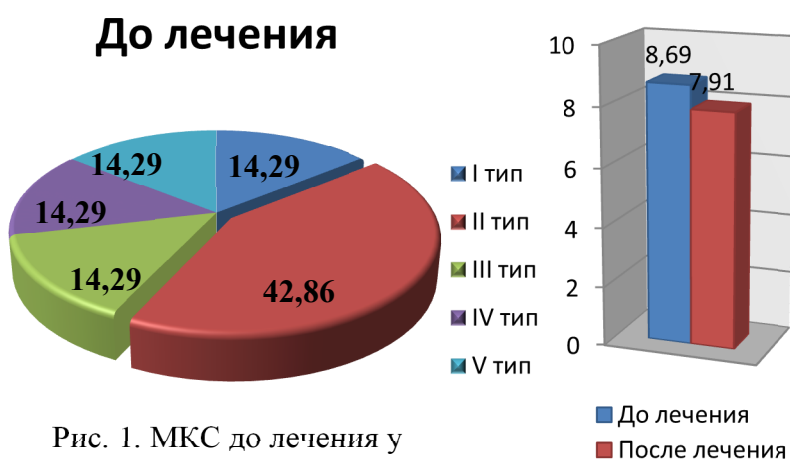


Рис. 1. МКС до лечения у больных СД I типа с $Hb_{A1c} < 7,5$

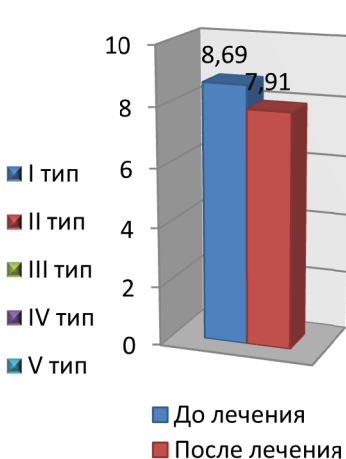


Рис. 2. Динамика изменения среднесуточной глюкозы у больных СД I типа с $Hb_{A1c} < 7,5$ (до и после лечения) с $Hb_{A1c} > 7,5$



Рис. 3. МКС после лечения у больных СД I типа с $Hb_{A1c} < 7,5$

Во второй подгруппе (у больных в стадии декомпенсации) также заметны значительные улучшения (рис. 4, 6). В начале лечения у них преобладал IV тип кристаллов, в конце – III. Кри-

терий Стьюдента для этих типов МКС составил 5,22. Таким образом, достоверность различий между их распространенностью до и после лечения составляет $>99,9\%$ ($p < 0,001$). Если сравнивать эти результаты с первой подгруппой, то очевидно, что у компенсированных и субкомпенсированных пациентов кристаллизация в целом лучше, как до лечения, так и после. Положительным моментом является то, что в обеих подгруппах, исчез V тип МКС, то есть кристаллы образовались у всех пациентов. Значительно увеличилась доля I типа МКС – с 10 до 30 %. Результаты, полученные в процессе лечения, по МКС согласуются с данными лабораторных анализов, в частности с динамикой снижения среднесуточной глюкозы крови (с $9,72 \pm 0,91$ ммоль/л до $7,50 \pm 0,86$ ммоль/л, т. е. на 2,22 ммоль/л).



Рис. 4. МКС до лечения у больных СД I типа с $Hb_{A1c} > 7,5$

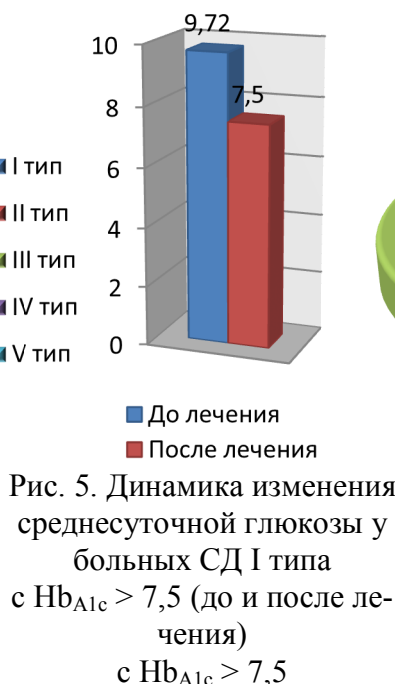


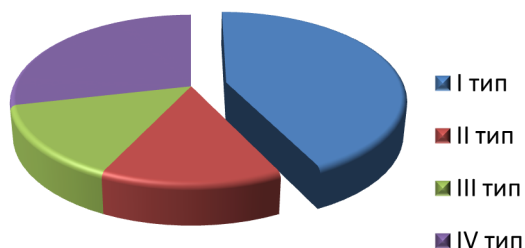
Рис. 5. Динамика изменения среднесуточной глюкозы у больных СД I типа с $Hb_{A1c} > 7,5$ (до и после лечения)



Рис. 6. МКС после лечения у больных СД I типа с $Hb_{A1c} > 7,5$

Для большей наглядности и сравнения результаты МКС после лечения по первой и второй подгруппам больных СД I типа представлены в виде круговых диаграмм на рис. 7.

СД I типа, I подгруппа



СД II типа, II подгруппа

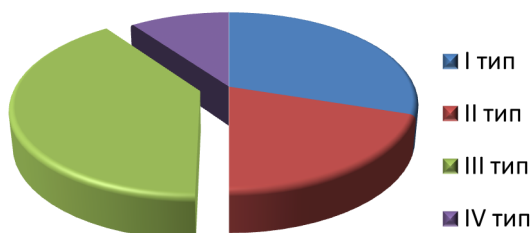


Рис. 7. Результаты МКС после лечения у больных сахарным диабетом I типа.

При СД II типа в стадиях компенсации и субкомпенсации так же как и при СД I типа, самым распространенным является II тип МКС, а доля остальных типов (I, III и IV) в общей структуре одинакова и составляет по 20 %. Особенностью данной подгруппы обследованных является отсутствие V типа МКС еще до лечения, что отличает этих пациентов от всех остальных.

ных подгрупп и свидетельствует о лучшем по сравнению с остальными общем состоянии организма и более высокой степени компенсации сахарного диабета. После лечения исчезает также и IV тип кристаллов, а на первое место выступают кристаллы I типа (60 %). Это самый высокий показатель среди всех подгрупп. Для сравнения: при СД I типа в первой подгруппе данный вид кристаллов составлял 42,86 %. Уровень среднесуточной глюкозы в подгруппе за время лечения снизился в среднем на 1,53 ммоль/л (с 8,04 ммоль/л до 6,51 ммоль/л). Напомним, что эта разница больше, чем при компенсированном и субкомпенсированном диабете I типа, где она составляла всего 0,78 ммоль/л. Таким образом, еще раз подтверждается замеченная ранее закономерность: МКС улучшается пропорционально снижению уровня глюкозы крови. Так как самыми распространенными типами МКС у данных пациентов были I и II типы, то критерий Стьюдента рассчитывался именно для них и составлял 5. Это означает, что различия между самыми распространенными типами МКС до и после лечения у этих пациентов достоверны с вероятностью больше 99 % ($p < 0,01$).

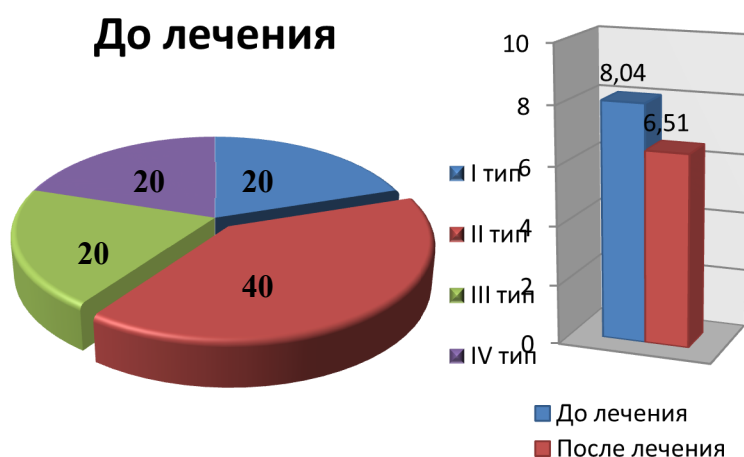


Рис. 8. МКС до лечения у больных СД II типа с $Hb_{A1c} < 7,5$

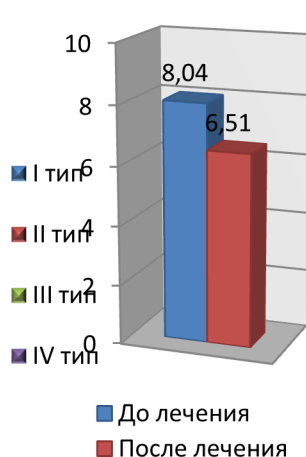


Рис. 9. Динамика изменения среднесуточной глюкозы у больных СД II типа с $Hb_{A1c} < 7,5$ (до и после лечения) с $Hb_{A1c} > 7,5$



Рис. 10. МКС после лечения у больных СД II типа с $Hb_{A1c} < 7,5$

При декомпенсированном СД II типа до лечения не прослеживается четкого преобладания того или иного типа кристаллов – II, III и IV типы представлены равным количеством (по 25 %), I тип составляет 12,5 %, столько же образцов слюны не образует кристаллов (V тип МКС). После лечения наблюдается стойкая положительная динамика, выражающаяся в существенном увеличении количества пациентов с наиболее благоприятным I типом МКС (с 12,5 % до 37,5 %). Так же как и в остальных подгруппах, после лечения кристаллы образовались у всех пациентов, а доля IV типа МКС, когда образуются кристаллы неправильной формы, существенно снизилась. Уровень среднесуточной глюкозы крови после лечения также снизился – с $11,84 \pm 1,69$ ммоль/л до $8,25 \pm 1,19$ ммоль/л (в среднем на 3,59 ммоль/л). Однако в итоге в конце лечения он оказался выше, чем, например, у больных СД II типа на стадиях компенсации и субкомпенсации. Этот факт объясняет низкий процент больных с I типом МКС во второй подгруппе (37,5 %) по сравнению с первой (60 %).

У пациентов с декомпенсированным углеводным обменом при СД II типа рассчитывали критерий Стьюдента для I и IV типов МКС, так как доли II и III типов не изменились до и после лечения. При этом для I типа МКС он составил 4,75, а для IV – 1,82. Значит, различия между распространенностью I типа МКС до и после лечения достоверны с вероятностью 99 % ($p < 0,01$), а IV типа – с вероятностью чуть меньше, чем 90 % ($0,1 > p > 0,2$).

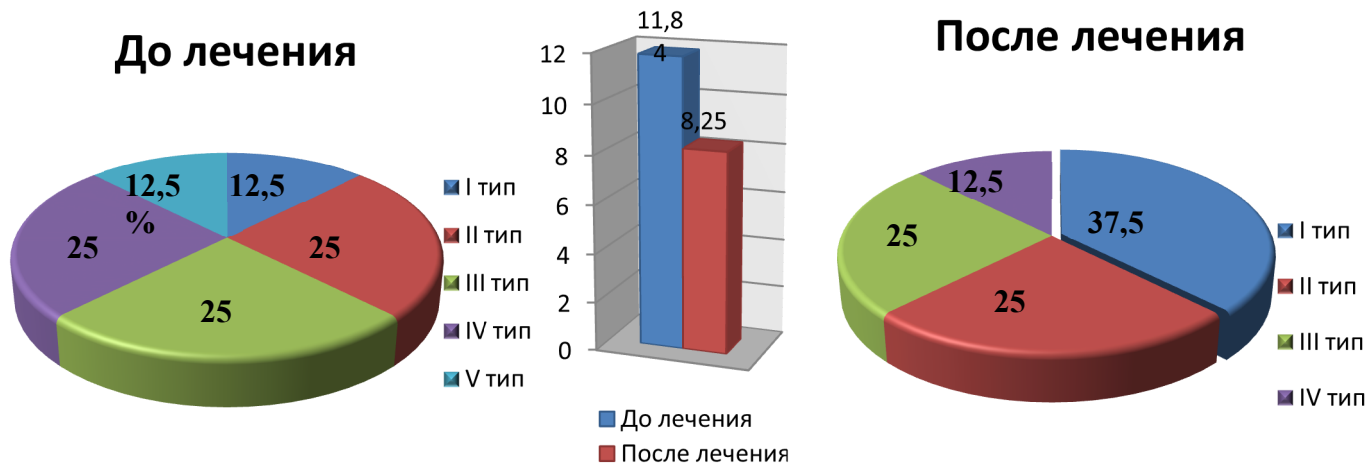


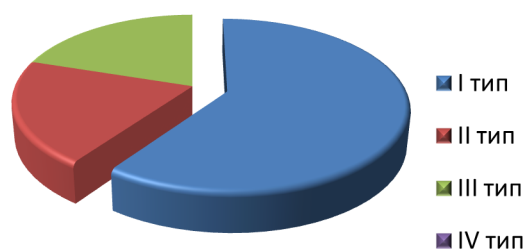
Рис. 11. МКС до лечения у больных СД II типа с $HbA_{1c} > 7,5$

Рис. 12. Динамика изменения среднесуточной глюкозы у больных СД II типа с $HbA_{1c} > 7,5$ (до и после лечения) с $HbA_{1c} > 7,5$

Рис. 13. МКС после лечения у больных СД II типа с $HbA_{1c} > 7,5$

Общая картина динамики изменений МКС в обеих подгруппах обследованных с диабетом II типа представлена в диаграммах на рисунке 14.

СД II типа, I подгруппа



СД II типа, II подгруппа

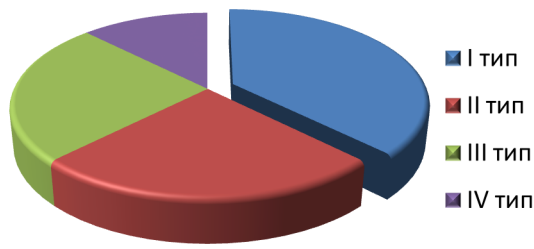


Рис. 14. Результаты МКС после лечения у больных сахарным диабетом II типа.

Выводы

- Сахарный диабет является одним из факторов риска развития кариеса зубов.
- КПУ зависит от среднесуточного уровня глюкозы крови и HbA_{1c} .
- Изучение МКС показало, что у компенсированных больных с СД I и II типов до лечения преобладает II тип кристаллов, а после коррекции глюкозопонижающей терапии – I тип.
- У больных с декомпенсированным СД I типа до лечения преобладает IV и V типы МКС, а после коррекции глюкозопонижающей терапии – III и II типы.
- Выявляется отчетливая обратная зависимость между МПС и КПУ у компенсированных больных СД I и II типов и прямая зависимость – у декомпенсированных, что, по-видимому, связано с влиянием других метаболических факторов (нейропатия, микроангиопатия, гликирование тканей зуба).

6. МКС может быть использована как дополнительный метод оценки компенсации СД.

Выражаем **благодарность** главному врачу Днепропетровской областной клинической больницы им. И. И. Мечникова д. мед. н., проф. Рыженко Сергею Анатольевичу и зав. отделением эндокринологии Малайр Екатерине Юрьевне за предоставленную возможность проводить необходимые исследования с больными сахарным диабетом непосредственно в стационаре в течение всего периода их лечения.

Перспективы дальнейших исследований. Интерес представляет изучение зависимости между типом микрокристаллизации слюны у больных с различной степенью компенсации сахарного диабета и уровнем поражения тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Литературные источники

1. Гараган С. Ф. Значение неинвазивных методов исследований в ранней диагностике диабетических ангиопатий / С. Ф. Гараган // Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т. 51, №1. – С. 28-30.
2. Барер Г. М. Кристаллизация ротовой жидкости при различных условиях / Г. М. Барер, И. П. Ревокатова // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. - № 1 – С. 4-6.
3. Леус П. А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / П. А. Леус. – М., 1977. – 30 с.
4. Барер Г. М. Пародонтит у больных сахарным диабетом первого типа : [обзор литературы] / Г. М. Барер, К. Р. Григорян // Пародонтология. – 2006. - № 2 (39). – С. 6-10.
5. Патогенез, клініка і лікування гландулярного та ангулярного хейлітів у хворих на цукровий діабет / І. Г. Романенко // автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» - Полтава, 2009. – 39 с.
6. Бокарев И. Н. Сахарный диабет / И. Н. Бокарев, В. К. Великов, О. И. Шубина // Руч-во для врачей. – М. : МИА, 2006. – 395 с.
7. Селифанова Е. И. Стоматологический статус и особенности кристаллизации слюны у больных сахарным диабетом: автореф. дис. на соискание учен. степени к. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология», 14.00.16 «Патологическая физиология». - Москва, 2005 – 19 с.
8. Бездетко П. А. Эпидемиология и частота сахарного диабета и диабетической ретинопатии / П. А. Бездетко, Е. В. Горбачева // Международный эндокринологический журнал – 2006 - № 4 (6) – С. 74-77.

Левченко О.О., Марцинік Є.М., Салюк О.Д. Використання методу мікрокристалізації слини для оцінки характеру перебігу цукрового діабету I та II типів.

Резюме. Мета дослідження - оцінити можливість використання методу мікрокристалізації слини (МКС) для прогнозування ризиків розвитку карієсу у хворих із різним варіантом перебігу цукрового діабету (ЦД) і розробити додаткові критерії оцінки ступеня компенсації вуглеводного обміну. Обстежено 30 пацієнтів - 17 хворих на ЦД I типу (I група) і 13 хворих на ЦД II типу (II група). Кожна група пацієнтів була розділена на дві підгрупи: пацієнти з компенсованим і субкомпенсованим ЦД, пацієнти із декомпенсованим ЦД. При проведенні дослідження використовувалися клінічні, спеціальні, лабораторні методи, а також кристалографічні методи. Вивчення МКС показало, що у компенсованих хворих на ЦД до лікування переважає II тип кристалів, а після корекції глюкостатичної терапії - I. У хворих з декомпенсованим ЦД I типу до лікування переважає IV тип МКС, а після лікування - III. Виявляється зворотна залежність між мінералізуючим потенціалом слини і КРВ у компенсованих хворих і пряма залежність - у декомпенсованих, що, мабуть, пов'язано з впливом інших метаболічних факторів. Можна зробити висновки, що МКС може бути використана як додатковий метод оцінки компенсації ЦД, а цукровий діабет є одним з факторів ризику розвитку карієсу зубів.

Ключові слова: мікрокристалізація слини, мінералізуючий потенціал слини, цукровий діабет, ступінь компенсації вуглеводного обміну, середньодобова глюкоза крові, глікозильований гемоглобін.

О.С.Баглаев

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАДЕНТАЛЬНЫХ КИСТ

Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и пародонтологии

С целью поиска альтернативного способа цистэктомии парадентальных кист, сопровождающих болезни прорезывания нижних третьих моляров проведен сравнительный анализ двух оперативных методов лечения: традиционного и метода пьезохирургии.

Согласно основным положениям нижних третьих моляров при которых формируются парадентальные кисты: дистально-косое и горизонтальное, с расположением части зуба в ветви нижней челюсти. Установили что в послеоперационном периоде при применении метода пьезохирургии заживление раны происходит первичным натяжением, наблюдается улучшение репаративной регенерации, сокращаются сроки послеоперационного периода, рецидивы отсутствуют. Данные показатели обусловлены более щадящим действием ультразвука на костные структуры, что снижает риск ожога костной ткани, за счет эффекта кавитации достигается бактерицидный эффект.

Для сравнительного анализа клинических случаев было прооперировано 60 пациентов, у всех наблюдалась дистопия и ретенция. Пациентов разбили на 2 группы, первую группу составили пациенты с традиционным методом лечения, вторую группу составили пациенты которых оперировали с помощью метода пьезохирургии. Данные сравнительного анализа приведены ниже в таблице.

Критерии оценки	Традиционный метод	Метод пьезохирургии
Коллатеральный отек	Выражен	Отсутствие
Степень открывания рта	Ограниченное	Свободное
Сроки экссудации	3 дня	2 дня
Заживление раны	Первичное, вторичное натяжение.	Первичное натяжение
Сроки регенерации	Замедленна	Соответствует норме
Рецидивы	Отсутствуют	Отсутствуют
Сроки нетрудоспособности	7 дней	4 дня

Таким образом, метод пьезохирургии является атравматичным способом удаления парадентальных кист. Также ультразвук обладает гемостатическим действием, а кавитационный эффект пьезохирургии предотвращает послеоперационные осложнения воспалительного характера.

Е.А.Гудыменко, А.В.Беседа, М.А.Скотаренко

НУЖДАЕМОСТЬ И ГОТОВНОСТЬ ОПЛАТИТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ УСЛУГУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра социальной медицины, организации и управления здравоохранением

В стоматологическом бизнесе высокие объемы продаж неотделимы от высокого качества обслуживания и достигаются совместной работой всего коллектива, правильным подбором и расстановкой кадров, созданием на стоматологическом предприятии эффективной корпоративной культуры.

Для того чтобы определить возможности воздействия на повышение объема продаж услуг в сфере стоматологии, следует всесторонне подходить к рассмотрению этого явления. Вместе с тем в стоматологическом бизнесе необходим поиск новых методов воздействия на результативность продаж.

Этому же способствуют процессы формирования положительного имиджа стоматологического предприятия, который работает на рост доверия пациентов к услугам и, следовательно, на повышение объемов продаж. Однако все эти механизмы воздействуют на продажи скорее опосредованно, поскольку в первую очередь они направлены на повышение удовлетворенности пациента, уже совершившего покупку, от процесса потребления оплаченной услуги.

Целью данного исследования явилось изучение нуждаемости и готовности оплатить определенную стоматологическую услугу жителями города Днепропетровск в зависимости от их материального благосостояния.

Статистически обработано 405 анкет, заполненных населением в возрастной группе 30-50 лет.

Задачи: определить нуждаемость в стоматологических услугах в зависимости от пола и возраста; влияние материального благосостояния на готовность оплачивать отдельные стоматологические услуги; средства рекламы, которые имеют наибольшее влияние на возможных стоматологических пациентов.

В ходе исследования мы определили ранговые места нуждаемости и готовности оплатить стоматологические услуги (таблица 1).

К наиболее востребованным стоматологическим услугам среди населения возрастом 30-50 лет относятся: лечение зубов (1-е ранговое место), пломбирование зубов (2-е место), диспансерное наблюдение (3-е место), отбеливание зубов (4-е место), санация полости рта (5-е место). Большинство пациентов (87,9-94,9%) имели возможность и были готовы оплатить эти услуги на момент опроса. Ранговые места нуждаемости в этих услугах соответствуют ранговым местам готовности оплатить эти услуги, только лишь пломбирование зубов по оплате выходит на первое место, а лечение зубов, как более долгосрочная услуга, занимает второе место.

Следующие пять ранговых мест услуг, в которых нуждаются опрошенные, занимают: установка коронок, лечение заболеваний пародонта, удаление зубов, установка имплантов и ортопантомограмма. Готовность оплатить удаление зубов опережает установку коронок и лечение заболеваний пародонта, а ортопантомографическая диагностика опережает дорогостоящую установку имплантов.

К менее востребованным услугам относятся: установка несъемных протезов (11-е место), лечение заболеваний слизистой полости рта (12-е место), исправление прикуса (13-е место), установка съемных протезов (14-е место) и установка украшений (15-е место). Готовность оплатить лечение заболеваний слизистой полости рта опережает остальные услуги этой группы. К наименее востребованным услугам в возрастной группе 30-50 лет относится исправление прикуса и установка различных протезов. Последнее 15-е ранговое занимает дорогостоящая установка скэйсов, что связано с отсутствием моды на зубные украшения и возможностью их оплатить небольшим числом пациентов.

Нуждаемость и готовность оплатить стоматологические услуги формируется под влиянием рекламы как неотъемлемой части стоматологического бизнеса. На выбор стоматологических услуг и место их получения пациентами в возрасте 30-50 лет наибольшее влияние оказывает: устная информация администратора, врача стоматологического учреждения (24,4% опрошенных), телевидение (19,0%), билборды, вывески и объявления (18,1%), информация в интернете (17,3%), рекомендации знакомых и советы семейных врачей (17,1%), печатная информация в стоматологическом учреждении (11,9%). Опрошенные наиболее часто прислушиваются к советам знакомых, родственников, семейного врача. В связи с развитием современных информационных технологий определенное внимание пациентов занимает реклама в интернете. Наименьшим вниманием у населения пользуются печатные средства рекламы в стоматологических учреждениях (объявления, проспекты).

Таблиця 1

Нуждаемость и готовность оплатить стоматологические услуги населением города в возрастной группе 30-50 лет (на 100 опрошенных)

Услуга	Нуждаемость в услуге	Ранговое место	Готовность оплатить услугу	Ранговое место
Лечение зубов	59,0	1	53,3	2
Пломбирование зубов	57,0	2	54,1	1
Диспансерное наблюдение	35,8	3	32,8	3
Отбеливание зубов	31,6	4	25,9	4
Санация полости рта	30,9	5	24,7	5
Установка коронок	24,9	6	20,7	7
Лечение заболеваний пародонта	20,3	7	17,8	8
Удаление зубов	24,7	8	21,7	6
Установка имплантов	19,8	9	11,6	10
Ортопантомография	18,3	10	17,0	9
Установка несъемных протезов	11,1	11	7,4	12
Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта	9,4	12	7,9	11
Исправление прикуса	7,7	13	5,7	13
Установка съемных протезов	6,9	14	4,4	14
Установка украшений	5,2	15	4,0	15

Анализ готовности оплатить стоматологические услуги показал зависимость в их выборе от материального благосостояния пациентов.

Пациенты, относящиеся к 1-й самой обеспеченной категории населения (не испытывают материальных затруднений и при желании могут приобрести автомобиль или квартиру), готовы оплатить все стоматологические услуги, в которых нуждаются.

Пациенты, относящиеся ко 2-й по благосостоянию категории населения (денег хватает на все, кроме очень дорогих приобретений, таких как автомобиль или квартира), готовы оплатить большинство предлагаемых им стоматологических услуг. Затруднения в оплате вызывают такие услуги, как установка имплантов и отбеливание зубов.

Пациенты, относящиеся к 3-й категории населения, у которых денег хватает на питание и одежду, но затруднена покупка товаров длительного пользования (холодильник, телевизор, компьютер), не имеют возможности оплатить установку имплантов, лечение заболевания пародонта, исправление прикуса, санацию ротовой полости и диспансерное наблюдение.

Пациенты, относящиеся к 4-й категории населения (денег хватает на питание, но покупка одежды вызывает затруднение), испытывают трудности в оплате таких услуг: установка имплантов, лечение зубов, отбеливание зубов, лечение заболеваний пародонта и слизистой обо-

лочки полости рта, изготовление и установка ортопедических конструкций, исправление прикуса, установка украшений.

Пациенты, относящиеся в 5-й по благосостоянию категории населения (денег не хватает даже на питание), не имеют возможности оплатить стоматологические услуги, в которых нуждаются.

Выводы

1. Установлено, что среди населения крупного промышленного города в возрастной группе в 30-50 лет нуждаемость в стоматологических услугах (362,5 стоматологических услуг на 100 опрошенных), превышает возможность и готовность их оплатить (309,1 стоматологических услуг на 100 опрошенных).

2. Для выбора пациентами, относящимися по уровню материального состояния к благополучным 2-й и 3-й категориям, недостаточно востребованных стоматологических услуг (диспансерное наблюдение, санация полости рта, лечение заболеваний пародонта, отбеливание зубов, установка имплантов) необходимо целенаправленное санитарно-просветительное воздействие врачей-стоматологов в стоматологических учреждениях всех форм собственности совместно с врачами общей практики – семейной медицины.

Ю.Дмитриева

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Кафедра терапевтической стоматологии

Хронические очаги воспаления в области верхушки корня зуба (деструктивные формы хронического периодонтита) могут быть причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, способны понижать иммунологический статус организма, усложнять течение заболеваний внутренних органов и систем. Консервативное лечение периодонтита проводят с целью устранения очага инфицирования периодонта (патологически измененных тканей пульпы, дентина, микрофлоры корневого канала и микроканалцев) путем инструментальной, медикаментозной обработки корневых каналов и их obturации, что создает условия для регенерации тканей периодонта и периапикальной области.

Исходя из этого и используя протоколы оказания медицинской помощи в терапевтической стоматологии, в нашем исследовании были выбраны пациенты с хроническим гранулематозным периодонтитом, возрастом 30-45 лет, соматически здоровые, аллергологический анамнез не отягощен. Больные распределены на две группы.

У больных I группы (7 зубов) после инструментальной и медикаментозной обработки каналов 3%-ным раствором гипохлорида натрия оставляли турунду с дексаметазоном 0,05 г, кариозную полость закрывали герметичной повязкой на сутки. Во время следующего посещения повторяли механическую и медикаментозную обработку каналов и в случае клинического благополучия проводили пломбирование корневого канала Calasept(ом), постоянная пломбировка корневого канала AN+ с гуттаперчей методом холодной латеральной конденсации. У больных II группы (7 зубов) лечебный комплекс I группы дополнялся приемом внутрь жевательной таблетки Кальций-Д3 Никомед по 1 таблетке 1-2 раза в день, курс приема составлял 4 недели, через месяц повторный курс приема препарата.

Рентгенографию проводили во время первичного обследования, после завершения эндодонтического лечения для контроля уровня пломбирования корневых каналов и на этапах диспансерного наблюдения в контрольные сроки.

В процессе выполнения работы, опираясь на данные, полученные при анализе современной научно-медицинской литературы, а также на результаты собственных исследований, удалось обосновать целесообразность использования $\text{Ca}(\text{OH})_2$ при консервативном лечении деструктивных форм периодонтита. Доказано преимущество разработанного комплексного метода лечения по сравнению с традиционной терапией этих заболеваний.

О.Кривчук

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПРЕСІЙНОГО ПРЕСУВАННЯ ПЛАСТМАСИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Кафедра ортопедичної стоматології

Питання оптимізації технології пресування пластмас залишається актуальним і на сьогодні з огляду на те, що в 98% випадків для виготовлення базисів знімних зубних протезів використовуються саме акрилові пластмаси (АльтерЮ.М., ОгородниковМ.Ю., 2009). Виходячи з того, що одним із суттєвих недоліків стандартного компресійного методу пакування пластмас є утворення ґрату, який призводить до підвищення міжальвеолярної висоти на зубних протезах, нами розроблена методика, яка дозволяє мінімізувати даний недолік. Сутність її полягає у використанні видозміненого бюгеля, у верхній частині гвинта якого зроблений отвір для трубки, що затягує гвинт та основу з упорними пластинами для рамки бюгеля.

Мета представленого дослідження – провести апробацію розробленого методу компресійного пресування пластмаси при виготовленні знімних протезів.

Матеріали та методи. Методика апробована для трьох базисних пластмас Вілакрил, Фторакс та Латакрил. Нами виготовлено по 3 повних знімних протеза з кожної пластмаси з використанням стандартної методики компресійного пресування та по 3 – із застосуванням розробленої методики. При цьому пакування пластмаси здійснювалось у кювету із надлишком, надалі пластмасове тісто ущільнювалось. Кювету поміщали у бюгель і поступово затискуючи його гвинт, збільшували тиск. Після повного закриття кювети її витримували в бюгелі протягом 10-15 хвилин та здійснювали полімеризацію за рекомендованим виробником температурним режимом. Після витягання протеза з кювети проводили вимірювання товщини ґрату зуботехнічним мікрометром. Отримані результати опрацьовували з використанням методів варіаційної статистики.

Результати та висновки. Внаслідок проведеної роботи встановлено, що товщина пластмасового ґрату при застосуванні модифікованого бюгеля складав $0,15 \pm 0,05$ мм, тоді як при використанні стандартної методики пресування цей показник дорівнював $0,75 \pm 0,20$ ($p < 0,05$). Різниця між показниками, отриманими для різних пластмас з використанням обох методик, не встановлено ($p > 0,05$).

Отже, запропонована нами методика дозволяє значно зменшити товщину ґрату при виготовленні знімних протезів з пластмасовим базисом за рахунок усунення напруження в момент витягання кювети з пресу та затискання її в бюгелі, яке відбувається при стандартному методі пресування. Додатковою перевагою представленого технічного рішення слід назвати можливість отримання більш монолітної та міцної структури пластмаси.

Р.К.Мальчугин

ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургической стоматологии
Кафедра пародонтологии и имплантологии

В современной хирургической стоматологии используется большое количество разнообразных шовных материалов. При операциях на лице выбор материалов напрямую зависит от представленного дефекта. Именно поэтому целью нашей работы мы поставили определить наиболее оптимальных материал который можно использовать для сшивания мышц, для сшивания разрывов кожного покрова, а также для сосудов и нервов. Определить реакцию тканей и выраженность рубцовых изменений. Также определить частоту осложнений и их причину.

Для этих целей в данной работе мы провели сравнительную характеристику доступных нам в хирургической практике и литературных источниках шовных материалов. Опросили практикующих врачей по поводу используемых ими шовных материалов, частоту и характер осложнений с которыми они сталкиваются. В равной степени мы провели сравнение результативности операций с использованием исследуемых шовных нитей.

Из рассасывавшихся материалов мы рассмотрели кетгут, викрил и максон. Из не рассасывавшихся в данной работе мы взяли шелк, пролен и лавсан.

В ходе нашей работы мы установили, что в качестве материала для кожи в случае необходимости использовать материал который будет рассасываться сам лучше использовать викрил, в тех случаях когда в лечении планируется использование съёмных узловых швов, то лучше использовать пролен. Для сшивания подкожной клетчатки наилучшим будет кетгут. Для мышц мы рекомендуем использовать либо викрил, либо максон. В случае сосудистого шва, анастомозирования сосудов, а также при сшивании нервов однозначным лидером является лавсан. Апоневрозы лучше сшивать максоном, ровно как и сухожилия, а вот легирование сосудов мы рекомендуем проводить с использованием шелковой нити.

Учитывая, что сегодня развивается множество новых синтетических шовных материалов, которые приобретают все большую и большую актуальность, мы понимаем, что данная тема заслуживает дальнейшего детального изучения.

Р.Ю.Матвеев, А.С.Жигайлова

СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ АДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ У ПАЦИЕНТОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНО-ТРЕВОЖНЫМ ТИПОМ ПОВЕДЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии

Известно, что зубные протезы являются раздражителями для тканей ротовой полости и организма в целом. Безупречно изготовленный протез может считаться неудачным, если пациент не пользуется им и воспринимает его как чужеродное тело. По данным мировой литературы, до 25% лиц, которым изготовлены полные съёмные протезы, не пользуются ими из-за сложностей привыкания. При этом немаловажным фактором адаптации к съёмным зубным протезам является психическое состояние пациента.

Зависимость адаптационных процессов при пользовании ПСПП от типа поведенческой реакции больных позволяет выделить три группы пациентов в зависимости от их отношения и эмоционального поведения к стоматологическому лечению: 1) «спокойные»; 2) «тревожные»; 3) «неспокойные». К группе риска относятся «неспокойные» и «тревожные» пациенты проявляющие раздражительность, повышенную тревогу, страх перед стоматологическими манипуляциями, повышенный рвотный рефлекс.

Исходя из вышесказанного, цель представленной работы - разработка мероприятий, направленных на сокращение сроков адаптации у пациентов с эмоционально-тревожным типом поведения.

Были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить эмоциональный тип больных с полным отсутствием зубов путем психологического тестирования.
2. Обосновать мероприятия, направленные на сокращение сроков адаптации к полным съёмным пластиночным протезам, у больных с полным отсутствием зубов на фоне эмоционально-тревожного типа поведения.
3. Провести клиническую апробацию разработанной схемы лечения.
4. Материалы и методы:

5. Нами были изготовлены полные съемные протезы 11 пациентам в возрасте 56-70 лет с диагнозом полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Эти пациенты впервые протезировались конструкциями полных съемных пластиночных протезов. У них наблюдалась повышенная тревожность, страх перед стоматологическими процедурами, повышенный рвотный рефлекс. Количественная оценка по шкале опроса, предложенная Нидзельским, составила в среднем 10 баллов. По результатам анкетирования эти пациенты были отнесены к группе «не-спокойные».

Результаты. У всех пациентов основной группы эмоциональное состояние было заметно лучшим, чем у группы сравнения.

Кроме того, у больных основной группы патологический рвотный рефлекс был нестойким и на 2-4 сутки пользования протезами исчезал полностью в сравнении с пациентами группы сопоставления, которые жаловались на невозможность длительного ношения протезов. Уже через одну неделю пользования протезами больные первой группы отмечали преимущества изготовленных ими конструкций, тогда как для группы сравнения привыкание к протезам отмечали на 3-4 неделю пользования ними.

Полученные результаты позволили нам сделать следующие **выводы**:

1. Необходимым условием успешного лечения, а в последствии и быстрой адаптации к полным съемным пластиночным протезам является определение эмоционального типа стоматологического больного и в зависимости от этого назначение дополнительных мероприятий.

2. Обеспечить сокращение сроков адаптации к полным съемным протезам у больных с эмоционально-тревожным типом поведения возможно путем максимальной индивидуализации конструкции полных съемных протезов, а также применением медикаментозных препаратов, направленных на стабилизацию психологического состояния, уменьшение рвотного рефлекса и способствующих улучшению фиксации протеза.

В.І.Повар, О.Д.Салюк

ІСТОРІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ

Кафедра терапевтичної стоматології

Історія становлення стоматологічної освіти на Дніпропетровщині веде свій відлік з початку 20 століття. А саме, в 1919 р. існуючі приватні зуболікарські школи були перетворені в державні з підвищеним курсом і розширеною програмою. Восени 1921 р. зуболікарська школа з середнього навчального закладу була перетворена у вищий - одонтологічний факультет при Катеринославському медичному інституті з чотирирічним терміном навчання. Через брак коштів у 1922 р. він був закритий, а студенти перших двох курсів переведені на лікувальний факультет. Студенти третього курсу в 1924 р. закінчили одонтологічний факультет у кількості тридцяти осіб.

У 1929 р. при Дніпропетровському медінституті організовані курси з підготовки зубних лікарів до складання іспитів на звання лікаря-стоматолога. У період 1932-1933 рр. близько 180 зубних лікарів закінчили ці курси.

1937 рік можна вважати новим етапом розвитку стоматології на Дніпропетровщині. На території теперішньої лікарні ім. І.І.Мечникова був відкритий обласний стоматологічний диспансер.

У 1943 р. після повернення медичного інституту з евакуації при кафедрі госпітальної хірургії був організований доцентський курс з щелепно-лицевої хірургії і стоматології. Очолював курс доцент Євген Степанович Малевич і одночасно завідував щелепно-лицьовим відділенням евакогоспіталю № 3582.

Після захисту в 1960 р. докторської дисертації Євген Степанович Малевич зайняв посаду професора кафедри госпітальної хірургії №1. Співробітники і практичні лікарі доцентського курсу та щелепно-лицевої клініки провели величезну лікувальну, консультативну і організаційно-методичну роботу.

У відповідності з рішенням ЦК КПРС і радянського уряду про заходи щодо подальшого поліпшення стоматологічної допомоги населенню та для розширення підготовки висококваліфікованих кадрів лікарів-стоматологів на Україні в 1963 р. при медичних інститутах м.Дніпропетровська та м.Донецька були відкриті стоматологічні факультети. Проведений перший набір студентів у кількості 100 чоловік. Перший його декан професор Євген Степанович Малевич при активній допомозі ректорату провів величезну роботу по організації клінічних баз факультету, підбору висококваліфікованих викладацьких кадрів, оснащення кафедр необхідним обладнанням, апаратурою, матеріальними і навчальними посібниками.

У 1965 р. спеціально для відкриття факультету було споруджено будівлю першої міської стоматологічної поліклініки на 46 крісел, на базі якої працювали кафедри терапевтичної та ортопедичної стоматології. Повністю було переобладнано і реконструйовано будівлю для кафедри хірургічної стоматології - стаціонар на 75 ліжок.

Проведена значна робота з укомплектування спеціальних кафедр викладацькими кадрами. Завідувачами спеціальних кафедр були обрані: професор Євген Степанович Малевич (каф.хірургічної стоматології), доцент Григорій Іларіонович Сирота (каф. терапевтичної стоматології) і кандидат медичних наук Василь Павлович Панчоха (каф. ортопедичної стоматології). Г.І.Сирота та В.П.Панчоха згодом також захистили докторські дисертації і стали професорами. Основне ядро викладачів було підготовлено на базі Харківського медичного стоматологічного факультету.

Йшли роки... Життя вносило свої корективи. 1 вересня 1982 р. у зв'язку з виробничою необхідністю наказом МОЗ УРСР кафедра терапевтичної стоматології була розділена на дві паралельні: №1 і №2 (згодом відповідно перейменовано в кафедру пропедевтики терапевтичної стоматології і кафедру госпітальної терапевтичної стоматології). Кафедру пропедевтики терапевтичної стоматології очолив професор Сирота Г.І., а кафедру госпітальної терапевтичної стоматології- професор Мащенко І.С., вихованець Київської наукової школи. Спочатку нова кафедра мала недолік з робочими місцями для викладачів і студентів. Проблема була вирішена після відкриття обласної стоматологічної поліклініки, в будівництві якої безпосередньо брали участь студенти нашого факультету під керівництвом професора Мащенко І. С. и Помойницького В.Г. З жовтня 1991 р. по серпень 1994 р. кафедру пропедевтики терапевтичної стоматології очолювала професор Миронова В.В. Змінив її на цій посаді професор Помойницький В.Г.

У 1998 р. обидві кафедри знову злилися в єдину кафедру терапевтичної стоматології, якою включно до вересня 2007 р. завідував професор Мащенко І.С. Інші профільні кафедри також тривалий час очолювали відомі в Україні та за її межами вчені-професора. Так, кафедру хірургічної стоматології - професор Малевич О.Є.; кафедру ортопедичної стоматології - професор Левкович А.М., професор Помойницький В.Г.

У 1983 р. на факультеті була організована п'ята профільна кафедра - стоматології дитячого віку, яку очолив вихованець кафедри терапевтичної стоматології професор Дичко Є.Н.

За роки існування факультету практично всі завідувачі профільних кафедр у свій час очолювали його: проф. Малевич Є. С. - 1963-1971; проф. Сирота Г.І. - 1971-1979; проф. Панчоха В.П. - 1979-1980; доцент кафедри патологічної фізіології Лук'янець В.В.- 1980-1982; проф. Мащенко І.С.- 1982-1987; проф. Дичко Є.Н. - 1987-1994; проф. Помойницький В.Г. - 1994-2001; доц. Чернов Д.В. - з 2001-2009, з 2009р. д.мед.н., доц. Гудар'ян О. О.

За 50 років на факультеті підготовлено близько 7 тисяч фахівців. Серед випускників - організатори охорони здоров'я, головні спеціалісти служби і шановні лікарі-стоматологи.

Багато вихованців факультету пов'язали своє подальше життя з педагогічною та науково-дослідницькою роботою. У їх числі нинішні завідувачі кафедр і ті, що в свій час керували ними: проф.Самойленко А.В., проф. Ковач І.В., доц. Чернов Д.В., доц. Гудар'ян О.О., доц. Громов О.В., доц.Фастовець О.О. Вже з їх участю відбулися суттєві зміни устаткування і оснащення

кафедр стоматологічного профілю. Застарілі стоматологічні установки «УС-30» замінили на сучасні. Колектив стоматологічного факультету з надією дивиться в майбутнє, очікуючи подальших змін на краще не тільки в матеріальному забезпеченні навчального процесу, але і в підготовці кадрів високого рівня.

О.А.Синьковская, В.И.Балинова, А.Ю.Дмитриев

ЗНАЧЕНИЕ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра детской стоматологии

Актуальность. Поражение твердых тканей зубов у детей всех возрастных групп представляет одну из актуальных проблем детской стоматологии. Особые трудности для стоматологов составляет ведение детей с врожденными заболеваниями тонкого кишечника. Большую роль в патогенезе этих заболеваний играет нарушение кальциевого и фосфорного обмена, и как следствие, системное снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) с вовлечением в патологический процесс органов и тканей полости рта, в первую очередь – твердых тканей зубов.

Цель исследования. Изучить интенсивность и характер поражений твердых тканей зубов у детей с хроническими заболеваниями тонкого кишечника (ХЗТК), сопровождающимися синдромом нарушенного всасывания.

Материалы и методы. Обследовано 22 детей в возрасте от 6 до 12 лет. Из них 8 детей с целиакией, 7 с муковисцидозом и 7 с лактазной недостаточностью, проживающих в г. Днепропетровске. Интенсивность кариеса оценивалась по показателям КПУ+кпз. У детей с ХЗТК методом ультразвуковой денситометрии исследовали пяточную кость, при помощи аппарата SONOST-2000.

Результаты исследования. Исследованиями установлено поражение твердых тканей зубов у детей с ХЗТК в виде кариеса у 53,3 % лиц и некариозных поражений (гипоплазия) - 41,9 %. Интенсивность кариеса зубов зависит от возраста детей и составляет $7,08 \pm 0,35$ усл.ед. Определены существенные изменения показателей структурно-функционального состояния костной ткани скелета (низкий уровень минеральной плотности) по данным параметров ультразвуковой денситометрии (BUA, SOS, BQI), что свидетельствует о недостаточных темпах минерализации костной ткани у детей с ХЗТК.

Установлена обратная корреляционная взаимосвязь разной силы между МПКТ и интенсивностью поражения твердых тканей зубов у детей с ХЗТК 6-12 лет, то есть чем ниже МПКТ, тем выше интенсивность поражения твердых тканей зубов (BUA $r = -0,69$, $p < 0,05$; BQI $r = -0,53$, $p < 0,05$; SOS $r = -0,47$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что все дети с ХЗТК имеют дефицит формирования костной массы. Низкий уровень минеральной плотности и качества костной ткани, вероятно, связан с нарушением процессов абсорбции кальция и микроэлементов в тонком кишечнике, что и приводит к сложным изменениям в процессе костного метаболизма. Несовершенное формирование костной ткани, особенно в период активного роста приводит к необратимым изменениям в ней в более старшем возрасте и поэтому требует специального дифференцированного подхода при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий таких детей в более ранние сроки.

Є.Суботня, С.Шевченко

ПРЕПАРУВАННЯ: ІСТОРІЯ ТА СЬОГОДЕННЯ ПРЕПАРИРОВАНИЕ: ИСТОРИЯ И НАСТОЯЩЕЕ

Кафедра терапевтичної стоматології

Тенденція сучасної медицини к використанню атравматичних методів лікування розповсюдилася й у стоматології. На зміну відомому лозунгу препарування каріозних порожнин Гріна Блека - «Розширення для попередження» прийшов новий – «Попередження Розширення». На міжнародному конгресі FDI у 2002 році був підтриманий і рекомендований для широкого практичного введення принцип Мінімального Інвазивного (МІ) втручання в стоматології. Сутність методу полягає у ранній діагностиці карієсу та мінімальному оперативному втручанні у тканини зуба з наступним пломбуванням спеціальними матеріалами.

Мета пілотного дослідження виявлення найбільш розповсюджених методів препарування каріозної порожнини серед майбутніх та практикуючих лікарів-стоматологів.

Для здійснення поставленої мети були використані наступні **методи дослідження**: анкетування та статистичний аналіз отриманих даних.

Серед опитаних, всього 293 особи, було виділено 6 груп: 1-а – студенти 2-3 курсу (68); 2-а – студенти 4-5 курсу (72); 3-я – студенти міжнародного факультету (54); 4-а – викладачі (17); 5-а – стоматологи державних установ (39) та 6-а група – приватні стоматологи (43).

Анкетування проводили у вигляді анонімного бліц-опитування за допомогою паперових анкет та у формі «питання-відповідь» у суцільних мережах.

У анкеті було задано шість питань: 1. Які методи препарування каріозної порожнини Ви використовуєте у своїй практиці? 2. Чи відома Вам МІ-терапія? 3. Чи використовуєте Ви МІ-терапію у своїй практиці? 4. Чи Відома Вам класифікація каріозних уражень за Маунтом? 5. Яке Ваше особисте ставлення до ранньої профілактики карієсу? 6. Чи хотіли б Ви надалі вивчати МІ-терапію та застосовувати у своїй практиці?

При аналізі анкет ми виявили що:

1) Найпоширеніші методи препарування за Блекум та мінімальне препарування; 2) Найбільш обізнані з МІ-терапією виявилися викладачі та лікарі-стоматологи приватних клінік ($p < 0,05$); 3) У своїй практиці МІ-препарування застосовують меншість стоматологів ($p < 0,05$); 4) В основному з класифікацією Маунта знайомі викладачі та невелика кількість студентів ($p < 0,05$); 5) Ранню профілактику карієсу підтримали майже всі групи опитаних; 6) До використання МІ-терапії на власній практиці всі групи віднеслися позитивно.

Отже, тенденція до процвітання та розповсюдження МІ-терапії реальна та можлива, вона потребує лише більшої уваги та розуміння.

ТЕРАПІЯ

Є.Г.Грабовская

ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНА Е В ПЕРЕБІГУ ПОЛІНОЗУ

Кафедра сімейної медицини ФПО

Однією з найбільш актуальних проблем алергології в наш час є поліноз. Алергійні захворювання значно знижують якість життя як самих пацієнтів, так і членів їх сімей і негативно позначаються на соціально-економічному розвитку суспільства. Питома вага серед них полінозів становить близько 29 %. Як відомо, поліноз відноситься до групи класичних atopічних захворювань, в основі яких лежить імуноглобулін Е (IgE) – залежний тип алергічної реакції за класифікацією Джелла-Кумбса.

Метою нашого дослідження було вивчити значення рівня IgE загального в перебігу захворювання поліноз.

Матеріали та методи. Проводилось скринінгове обстеження 59 хворих на поліноз у фазі загострення з клінічними проявами риніту, кон'юнктивіту та бронхоспазму. Серед них – 39 (66,1%) жінок та 20 (33,9%) чоловіків у віці від 18 до 68 років, середній вік ($M \pm m$) – ($38,3 \pm 1,4$) років.

Прояви полінозу вивчали шляхом алергологічного скринінгу за допомогою анкетування хворих на поліноз [Наказ МОЗ України № 127/18 від 02.04.2002р.]

Усім хворим проводилося всебічне обстеження, яке включало вивчення анамнезу, фізикальне обстеження хворих, що проводилося за загальноприйнятою методикою; лабораторна діагностика включала загальний аналіз крові та імунологічні дослідження: рівень IgE загального та оцінка фагоцитарної активності нейтрофілів; інструментальні методи дослідження – спірографія (оцінка показників ОФВ₁, ОФВ₁/ ЖСЛ).

Результати дослідження. У більшості обстежених хворих на поліноз ($n=53$; 89,8%) рівень загального IgE перевищував норму (<100 МО/мл), складаючи в середньому ($M \pm m$) – ($312,3 \pm 26,7$) МО/мл, з інтерквартильним розмахом (25%-75%) – ($155,2 - 1051,0$) МО/мл.

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що високий рівень IgE загального супроводжується:

1 Низьким фагоцитарним числом ($r = -0,46$), що вказує на дефіцит поглинальної здатності фагоцитів, яка є однією з ланок прояву імунодефіцитного стану. Середнє значення показника складало ($M \pm m$) – ($3,70 \pm 0,11$) од. з розмахом ($2,80-4,60$) од. і лише у 7 (11,9%) пацієнтів відповідало нормі. Незавершений фагоцитоз є критерієм обтяження перебігу полінозу, бо висока концентрація пилку буде повністю активувати синтез Т-лімфоцитів-хелперів, що в свою чергу підсилюватиме вироблення IgE. наявністю бронхообструктивного синдрому ($r = 0,35$);

2. Більшим стажем хвороби ($r = 0,27$);

3. Меншою результативністю лікування ($r = -0,26$).

Отже, високий рівень IgE загального являється критерієм обтяження стану хворого та прогресування хвороби. Тому лікар, який веде хворого на поліноз має постійно контролювати рівень IgE загального та здійснювати необхідні заходи щодо зменшення його рівня.

Д.В.Левых, Е.С.Хмель

ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ФПО

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) занимает четвертое место в мире среди причин заболеваемости и смертности. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями при ХОЗЛ являются болезни сердечно-сосудистой системы, в частности, артериальная гипертензия (АГ). По данным отечественных авторов, частота АГ при ХОЗЛ составляет в среднем 34,3%, что ведет к взаимному отягощению и увеличению риска смерти. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является независимым предиктором осложнений и смерти у больных с кардиальной патологией и коморбидными состояниями. Максимально доступным методом, позволяющим выявить гипертрофию левого желудочка в практике семейного врача, является электрокардиография (ЭКГ), в частности, такой показатель как индекс Соколова-Лайона.

Цель. Выявить взаимосвязь между ЭКГ-признаками ГЛЖ и факторами, усугубляющими течение основного заболевания у больных с ХОЗЛ в сочетании с АГ. Определить возможности использования полученных результатов в практике врача первичного звена.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 48 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Днепропетровской городской клинической больнице № 7, которые были разделены на 3 группы. I группа: больные со II и III стадией ХОЗЛ, не имевшие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, всего 13 человек, из них 7 мужчин, 6 женщин, средний возраст в группе составил $59,7 \pm 4,16$ лет. II группа: пациенты с АГ II стадии, 2 и 3 степени, без ХОЗЛ в анамнезе, всего 21 человек, из них 8 мужчин, 13 женщин, средний возраст в группе составил $64,9 \pm 3,97$ лет. III группу составили 14 пациентов, у которых АГ развилась через 5-10 лет после дебютирования ХОЗЛ, из них 6 мужчин, 8 женщин, средний возраст в группе составил $69,3 \pm 2,57$ лет. Критерии исключения: неконтролируемая АГ, тяжелые нарушения ритма сердца, выраженная сердечная недостаточность. Всем исследуемым были проведены клиничко-анамнестическое обследование, определение сатурации кислорода, общеклинические исследования крови и мочи, спирография и ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях.

Результаты обрабатывались с помощью пакета программы STATISTICA (data analysis software system), version 8.0 (StatSoft, Inc., 1984-2008).

Для сравнения независимых групп с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента. Коэффициент корреляции вычислялся методом Пирсона для исследования связи признаков с нормальным распределением. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $16,5 \pm 1,48$ суток для группы I, $12,5 \pm 0,97$ суток для группы II и $14,5 \pm 1,04$ суток для группы III. Частота ГЛЖ в I группе пациентов составила 15,4%, во II и III – по 28,6%. Сатурация кислорода для I группы составила $95,6 \pm 0,79\%$, для II – $98,2 \pm 0,87\%$, для III – $95,2 \pm 0,53\%$.

В III группе пациентов средний возраст был достоверно выше ($69,3 \pm 2,57$ лет), чем в I группе ($59,7 \pm 4,16$ лет) ($p < 0,034$), что дает возможность предположить увеличение вероятности присоединения АГ у больных с длительным течением ХОЗЛ.

Во всех группах были выявлены прямые корреляционные связи между длительностью пребывания в стационаре и возрастом ($r = 0,38$; $p < 0,05$), что может свидетельствовать об усугубляющем влиянии возраста на течение заболевания и требующем более длительного пребывания в стационаре.

Была выявлена прямая корреляционная зависимость между длительностью пребывания пациентов в стационаре и значением индекса Соколова-Лайона ($r = 0,72$; $p < 0,05$), что дает возможность предположить взаимосвязь между наличием ГЛЖ по данным ЭКГ-критериев, и тяжестью основного заболевания.

Уровень сатурации кислорода крови имел обратную корреляционную связь с индексом Соколова-Лайона ($r=-0,63$; $p<0,05$), на основании чего можно предположить негативное влияние гипоксии в результате ХОЗЛ на выраженность ГЛЖ.

Выводы. ГЛЖ является независимым значимым фактором риска смертности. Регулярно проводя оценку ЭКГ-признаков ГЛЖ у больных с ХОЗЛ на ранних этапах обследования, врач первичного звена получает возможность выявить больных с повышенным риском осложнения и смерти до манифестации клинических признаков. Это дает возможность семейному врачу проводить раннюю профилактику и целенаправленное лечение такой группы пациентов уже на первичном уровне с целью продления их жизни и улучшения ее качества.

УДК 616.12-008.331.1:618.17.008.8:613-055.2

О.О.Шевченко, В.І.Гриценко, Н.В.Горач

ЗДОРОВ'Я ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗІ: «ЗАМАСКОВАНА» АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Резюме. Досліджено 35 жінок у перименопаузі з клімактеричним синдромом та «замаскованою» артеріальною гіпертензією (епізодичними підйомами артеріального тиску за домашніми вимірами). Стратифіковано ризик розвитку серцево-судинних захворювань та подій як помірний і високий у 74,4% жінок з клімактеричним синдромом та проаналізовано якість життя за опитувальником ВООЗ-100. Доведено клінічну ефективність спеціального екстракту кореневища циміцифуги препарату «Клімадінон» з естрогеноподібною дією при монотерапії проявів клімактеричного синдрому легкого та середнього ступеню тяжкості, зниженні та стабілізації артеріального тиску та покращенні якості життя жінок у перименопаузі.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, якість життя, перименопауза, клімактеричний синдром, «Клімадінон».

Вступ. Перименопауза є одним з найбільш важливих періодів у житті жінки, тому що саме в цей час її найбільшої соціальної активності та розквіту жіночої особистості, гормональні зрушення на тлі згасання репродуктивної функції, можуть призводити до формування окремих компонентів метаболічного синдрому, що пов'язано з підвищенням ризику розвитку діабету й серцево-судинних захворювань (ССЗ) [1,2,3]. Середній вік менопаузи у жінок в Україні 42,5 роки. Зважаючи на те, що зрушення гормонального профілю у жінок розпочинаються за 5-7 років до настання менопаузи, є підстави для висновку про формування прогнозу щодо розвитку ССЗ та подій за ускладненим сценарієм відбувається саме у жінок середнього, працездатного віку. Саме в перименопаузі маніфестують вегетосудинні та психоемоційні порушення, що є складовими клімактеричного синдрому (КС) [4,5]. Більш того, багато жінок підходять до періоду менопаузи з наявністю вже існуючої соматичної патології, насамперед, артеріальної гіпертензії (АГ) [6,7]. Сполучення КС та соматичної патології створює умови для можливого взаємообтяження, маскування клінічних проявів, дестабілізації перебігу та завчасних ускладнень. Прогресуюча частота АГ у жінок після 50 років вказує на можливу роль дефіциту естрогенів як додаткового фактору ризику розвитку ССЗ [8,9].

В останнє десятиріччя в Європі та в світі в цілому зростає увага до проблеми «Жінка і серце», розгортаються антиейджингові програми, що акумулюють нові знання про «Здорове старіння». Але і сьогодні нагальним є питання: чи достатнім є оцінювання ризиків ССЗ та подій у жінок в перименопаузі? Чи достатні сьогодні зусилля лікарів-інтерністів в загальній лікарській практиці для застереження цих ризиків та проведення стратегії первинної профілактики каскаду метаболічних зрушень та дебюту ССЗ на тлі перебудови гормональної регуляторної вісі у перименопаузі?

Фактори ризику ССЗ поділяються на дві групи: ті, що не модифікуються, а також ті, що модифікуються [3,10]. Основні немодифікуючі фактори ризику: вік, стать та несприятлива спа-

дковість. Гіпертензія, дисліпідемія, діабет, високий індекс маси тіла, метаболічний синдром, паління і низька фізична активність відносяться до модифікуючих факторів ризику серцево-судинних подій. Основною причиною тендерних розходжень частоти ССЗ є кардіопротективний вплив ендогенних естрогенів у жінок у перименопаузі [6]. Несприятливі зміни ліпідного профілю й вуглеводного обміну, які з'являються вже протягом перименопаузального періоду та у ранній постменопаузі, частково обумовлюються низьким рівнем естрогенів у плазмі [8,9].

Частота розвитку серцево-судинних подій у жінок може бути значно знижена у випадку адекватної корекції факторів ризику [11,12]. Особливо важливо контролювати рівень артеріального тиску (АТ), ліпідів і ряду інших факторів, що сприяють розвитку метаболічного синдрому [3,13].

У зв'язку з цим **метою роботи** є дослідження здоров'я жінок середнього віку в перименопаузі, стратифікація ризику розвитку ССЗ, вивчення якості життя при наявності клімактеричного синдрому (КС) та ізольованої амбулаторної артеріальної гіпертензії («замаскованої» АГ - епізодичних підйомів артеріального тиску за даними домашніх вимірювань), а також динаміки під впливом патогенетичної корекції екстрактом циміцифуги (препарат «Клімадинон»).

Матеріали та методи. У відкрите проспективне дослідження включено 35 «нормотензивних» жінок з епізодичними підйомами АТ за даними домашніх вимірювань на тлі проявів КС середнього та важкого ступеню, які знаходилися на диспансерному обліку з діагнозом нейроциркуляторної дистонії за гіпертензивним типом відповідно критеріям В.І.Маколкина і С.А.Абакумова [16] та наказу №436 МОЗ України [10]. Протокол дослідження передбачав комплексне обстеження при первинному медичному огляді пацієнтів: збір скарг хворих, анамнезу захворювання та життя, об'єктивне дослідження, двократні виміри АТ на обох руках та інструментальне дослідження відповідно до Рекомендацій УТК з АГ 2008 р. та наказу №436 МОЗ України [10,15]. Важкість перебігу клімактеричного синдрому визначали за модифікованим менопаузальним індексом (ММІ) [5]. Проводили стратифікацію факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рекомендаціями ЄТГ/ЄТК та УТК (2008) [10], оцінку показників якості життя за допомогою української версії опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗЯЖ-100. Діагноз КС та періоду перименопаузи у обстежених хворих був встановлений на підставі загальноприйнятих критеріїв [4].

Жінкам основної групи дослідження призначали препарат «Клімадинон» (спеціальний екстракт кореневища циміцифуги, «Біоноріка», Німеччина, що спричиняє есторогеноподібний ефект та зменшує виділення лютеїнізуючого гормону гіпофізом – корегує гормональну гіпофіз-яєчники) у монотерапії по 30 крапель два рази на день або по 1 таблетці в оболонці два рази на день протягом 6 місяців як засіб патогенетичної корекції проявів КС.

Статистичну обробку результатів проводили згідно із загальноприйнятими методами варіаційної статистики [17]. Результати дослідження представлено як $M \pm m$ За вірогідні відмінності прийнято $p < 0,005$.

Результати та їх обговорення. Клінічна характеристика групи дослідження представлена в таблиці 1.

КС оцінювали шляхом підрахунку модифікованого менопаузального індексу (ММІ), запропонованого Kuppermann et al. у модифікації Є. В. Уварової [5] (рис. 1).

Середній ступінь важкості КС діагностували у 71,4% жінок групи дослідження. Ці жінки скаржились на часті головні болі, головокружіння, серцебиття у спокої, часті приливи жару (понад 10 епізодів протягом доби), переважно вночі, що погіршувало самопочуття і обмежувало їх працездатність. Значно виражені прояви КС, що призводили до значного порушення якості життя пацієнток (важкий перебіг КС), відзначали у 28,6% досліджених.

За даними розрахунків ІМТ був вищим за нормальні показники у 85,7% жінок. Пацієнтки відмічали наростання маси тіла протягом останніх 0,5-2 років без суттєвих змін у раціоні харчування та стилі життя. Нормальну масу тіла жінки мали у 11,4% випадків, надлишкову – у 22,8%, ожиріння I ступеню – у 42,9%, ожиріння II ступеню – у 20%, ожиріння III ступеню – у 2,9% спостережень. При аналізі розрахунків індексу талія/стегно (ІТС) виявили, що у групі дослідження абдомінальне ожиріння ($ІТС > 0,85$) мали 42,8% жінок.

Таблиця 1

Характеристика жінок групи дослідження ($M \pm m$)

Показник	n=35
Середній вік, роки	48,8 \pm 2,4
Тривалість підйомів АТ, роки	2,1 \pm 0,8
Сімейний анамнез ранніх серцево-судинних захворювань	62,9%
Індекс маси тіла (ІМТ), кг/м ²	34,78 \pm 1,72
Індекс талія/стегно (ІТС)	0,89 \pm 0,02
Тривалість КС, роки	1,2 \pm 0,6
ММІ, значення нейровегетативної складової, бали	24,3 \pm 5,9
ММІ, значення психоемоційної складової, бали	9,3 \pm 4,4

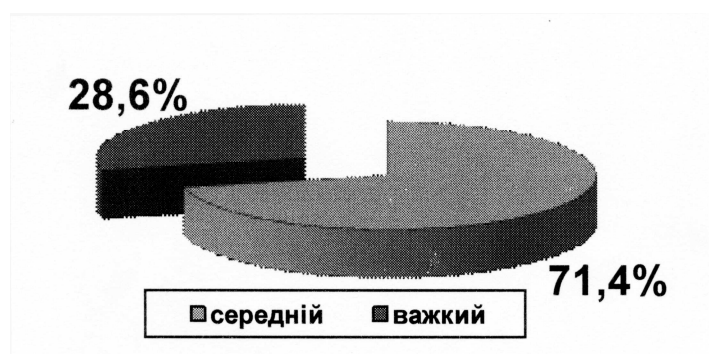


Рис. 1. Розподіл хворих за ступенем важкості КС

При вивченні сімейного анамнезу у 62,9% жінок виявили, що він був обтяжений щодо наявності АГ у близьких родичів, причому у переважній більшості – у матерів пацієнток.

Середній рівень офісного систолічного АТ (САТ) становив 132,1 \pm 5,3 мм рт.ст., діастолічного (ДАТ) – 82,3 \pm 4,4 мм рт.ст. Залежності рівня офісного АТ від ступеню важкості КС у «нормотензивних» жінок з епізодичними підйомами АТ на тлі КС не спостерігали: у жінок з важким КС середній рівень офісного САТ становив 134,3 \pm 3,3 мм рт.ст., ДАТ – 83,3 \pm 2,5 мм рт.ст., при середньому КС – відповідно 131,2 \pm 5,7 мм рт.ст. та 82,3 \pm 4,9 мм рт.ст. Ймовірно, це було обумовлено короткотривалістю епізодів підвищення АТ на тлі КС.

При оцінці ризику розвитку серцево-судинних ускладнень виявили, що середній популяційний додатковий ризик мали лише 5,7% жінок з нормальними значеннями АТ (САТ 120-129 мм рт.ст. або ДАТ 80-84 мм рт.ст. за даними ЕТГ/ЕТК) та 5,7% жінок з високими нормальними значеннями АТ, низький ризик – відповідно 11,4% та 14,2%, жінок, помірний ризик – 28,7% з нормальними значеннями АТ та більше третини жінок з високим нормальним АТ (САТ 130-139 мм рт.ст. або ДАТ 85-89 мм рт.ст. за даними ЕТГ/ЕТК) мали високий додатковий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень (34,3%), таблиця 2.

Таблиця 2

Стратифікація жінок за факторами ризику розвитку
серцево-судинних ускладнень, %

Нормальний АТ (п=16)			Високий нормальний АТ (п=19)		
Додатковий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень					
середній	низький	помірний	середній	низький	високий
5,7	11,4	28,7	5,7	14,2	34,3

Таким чином, не зважаючи на ступінь підвищення АТ, жінок у перименопаузі слід відносити до групи підвищеного ризику розвитку АГ, асоційованої з КС та підвищеного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Результати клінічних спостережень в динаміці свідчили, що через 6 місяців лікування препаратом «Клімадінон» у пацієток зменшилась кількість і вираженість скарг, покращилось самопочуття та суттєво зросла працездатність на тлі вірогідних змін показників нейровегетативної та психоемоційної складової ММІ (табл.3).

Таблиця 3

Динаміка ММІ у жінок з КС під впливом лікування
($M \pm m$, бали)

Модифікований менопаузальний індекс		
	До лікування	6 місяців лікування
Нейровегетативні прояви	24,3 \pm 4,1	9,8 \pm 1,2*
Психоемоційні прояви	9,5 \pm 2,2	4,9 \pm 1,4*

Примітки: * - $p < 0,001$ при порівнянні показників до та після лікування

При детальному аналізі динаміки АТ у пацієток з епізодичними підйомами АТ на тлі КС середнього та важкого ступеню під впливом лікування препаратом «Клімадінон» у монотерапії спостерігали вірогідне зниження показників САТ та ДАТ через 3 та 6 місяців прийому Клімадінону ($p < 0,001$), хоча всі показники до та після лікування знаходилися у межах нормальних значень: САТ – 131,7 \pm 5,5 до 123,2 \pm 6,2 мм рт.ст. ($p < 0,001$) та ДАТ – з 82,6 \pm 4,4 до 75,6 \pm 5,7 мм рт.ст. ($p < 0,001$), що підтверджує дані літератури відносно наявності його гіпотензивної дії [18].

При аналізі показників ІМТ у всіх жінок за період лікування не спостерігали подальшого зростання маси тіла, а навпаки, відмічали тенденцію до зниження, оскільки жінки у період спостереження, ймовірно, приділяли більше уваги характеру харчування та контролю ваги, але зміни були невірогідними.

При оцінці ризику розвитку серцево-судинних ускладнень для прогнозу при АГ у жінок з епізодичними підйомами АТ на тлі КС під впливом лікування препаратом «Клімадінон» виявили зменшення категорії загального серцево-судинного ризику за рахунок зниження цифр АТ: серед хворих з нормальними цифрами АТ – збільшення кількості осіб з середнепопуляційним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень з 5,7% до 11,4%, з низьким ризиком - з 11,4% до 25,6%), з помірним ризиком - з 28,7%) до 54,4%. Після лікування лише 8,6%) жінок мали високий нормальний АТ та високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

При аналізі суб'єктивної оцінки пацієнтками впливу лікувальної програми на стан їх здоров'я виявили, що більшість жінок (88,6%) наприкінці 6-місячного терміну наголошували на «суттєвому покращенні стану здоров'я». Оцінку «суб'єктивний стан здоров'я без змін» надали лише 11,4%. Погіршення стану здоров'я під впливом лікувальних програм не відмічала жодна пацієнтка.

Діагностична цінність методики визначення ЯЖ пацієнтів полягає у тому, що вона дозволяє кількісно оцінити суб'єктивну міру благополуччя пацієнтів і їх задоволеність умовами свого життя та відображає індивідуальне сприйняття свого життя у тих сферах, які пов'язані зі здоров'ям. Вона дає змогу визначити суб'єктивну оцінку фізичного стану, психологічних функцій, ступінь соціальної адаптації хворих, що необхідно для більш повного розуміння лікарем проблем пацієнта та формування правильного індивідуального терапевтичного підходу [14,19].

Для аналізу впливу КС на стан здоров'я жінок у перименопаузі контрольну групу порівняння щодо якості життя склали 20 практично здорових жінок з фізіологічним перебігом перименопаузи. Особливості показників сфер ЯЖ у групах дослідження представлені у таблиці 4.

Таблиця 4

Динаміка показників сфер ЯЖ у групах дослідження та під впливом лікування
($M \pm m$)

Сфери якості життя	Групи дослідження	
	основна ($n=35$)	контрольна ($n=20$)
Фізична сфера	$13,71 \pm 2,40^{\#}$ $15,26 \pm 2,18^*$	$15,94 \pm 2,51$
Психологічна сфера	$13,62 \pm 2,28^{\#}$ $16,83 \pm 2,19^*$	$15,76 \pm 2,43$
Рівень незалежності	$15,86 \pm 2,36$ $16,31 \pm 1,81$	$16,82 \pm 2,69$
Соціальні взаємовідносини	$13,34 \pm 2,44^{\#}$ $14,48 \pm 1,84$	$16,27 \pm 2,76$
Навколишнє середовище	$12,85 \pm 2,40^{\#}$ $13,06 \pm 2,24$	$14,79 \pm 2,97$
Духовна сфера	$15,22 \pm 2,52^{\#}$ $15,61 \pm 2,28$	$17,29 \pm 3,44$
Загальна ЯЖ і стан здоров'я	$13,64 \pm 2,39^{\#}$ $15,87 \pm 2,22^*$	$15,89 \pm 2,86$

Примітки: у числівнику приведені дані до, у знаменнику - після лікування

1. $^{\#}$ - $p < 0,05$ при порівнянні показників групи дослідження з контрольною

2. * - $p < 0,05$ при порівнянні показників до та після лікування у групі дослідження

При порівнянні даних сфер ЯЖ пацієнток з КС середнього і важкого ступеню з контрольною групою виявили вірогідно нижчі показники фізичної, психологічної і духовної сфер, соціальних взаємовідносин, навколишнього середовища, а також загальної ЯЖ і стану здоров'я ($p < 0,05$).

Порушення у фізичній сфері пов'язані з неприємними фізичними відчуттями пацієнтів, що непокоять і заважають життю, зниженням життєвої активності, підвищеною втомою, погіршенням сну і відпочинку.

Проблеми у психологічній сфері можливо були викликані нестачею позитивних або надлишком негативних емоцій, в тому числі, пов'язаних із поганим самопочуттям, порушенням пам'яті, концентрації уваги, а також зі зниженням самооцінки, наявністю тривоги. Цей показник також був вірогідно нижчим у жінок групи дослідження у порівнянні із контрольною групою.

Рівень незалежності відображує можливість автономно існувати, забезпечувати, обслуговувати себе і визначається у першу чергу, збереженням здатності до пересування, здатності справлятися з повсякденними справами, роботою і не залежати при цьому від прийому медикаментів та інших видів лікування. За даними дослідження ці порушення були більш вираженими у групі пацієнток з КС середнього і важкого ступеню порівняно з жінками контрольної групи, оскільки їх життєве функціонування залежало від прийому лікарських препаратів, а погіршення фізичного стану у зв'язку з КС порушувало можливість адекватно справлятися з роботою та повсякденними справами, але зміни були невірогідними.

Соціальна сфера досліджує ступінь задоволеності особистими стосунками людини, соціальною підтримкою, сексуальну активність тощо. Цей показник у хворих групи дослідження був вірогідно нижчим за дані контрольної групи, що свідчило про порушення їх соціальної адаптації.

Сфера «навколишнє середовище» характеризує наявність у людини почуття фізичної безпеки і захищеності, вплив домашнього оточення на життя, погляд на медичну і соціальну допомогу, здатність до отримання нової інформації і навичок, можливість до розваг і відпочинку та їх використання, а також сприйняття та вплив на ЯЖ умов навколишнього середовища. У пацієнток з КС середнього і важкого ступеню показник цієї сфери був нижчим за контрольну,

що, ймовірно було свідченням погіршенням фізичного стану у зв'язку з КС та залежності від медичної допомоги.

Особисті переконання та їх вплив на повсякденне життя людини досліджує духовна сфера. Вони можуть допомагати справлятися з життєвими труднощами, структурують досвід, дають певні відповіді на духовні і особистісні запитання, а також забезпечують людині деяке почуття благополуччя, надають життю цінність, зміст і перспективу [14,19]. Показники цієї сфери у жінок з КС були вірогідно нижчими за контрольну, що свідчило про зменшення ваги особистих переконань та почуття благополуччя у повсякденному житті.

Сфера «загальна якість життя і стан здоров'я» оцінює, як людина у цілому сприймає якість свого життя та стану здоров'я. Дані цієї сфери у групі лікування були також нижчими за показники контрольної, що було характеристикою негативного впливу КС на якість життя цих жінок.

Під впливом лікування у пацієнток групи лікування було зареєстровано вірогідне збільшення показників фізичної сфери, що було наслідком покращення самопочуття, зменшення втоми, підвищення життєвої активності. На тлі прийому препарату «Клімадинон» також спостерігали підвищення показників психологічної сфери.

Після 6 місяців лікування у жінок з КС реєстрували вірогідне збільшення показника сфери загальної ЯЖ і стану здоров'я, що було свідченням про адекватність проведеної терапії.

Висновки

1. «Нормотензивним» жінкам з КС середнього та важкого ступеню із «замаскованою» АГ необхідно проводити стратифікацію ризику серцево-судинних захворювань для оцінки прогнозу ССЗ, оскільки вони складають групу підвищеного ризику розвитку стабільної АГ, асоційованої з КС та розвитку серцево-судинних ускладнень, що вимагає активних профілактичних та лікувальних заходів.

2. Погіршення ЯЖ жінок у перименопаузі, спричинене КС середнього та важкого ступеню, проявляється наявністю фізичного дискомфорту, проблемами у психологічній сфері, можливістю обслуговувати себе без надмірних зусиль, порушенням соціальної адаптації, зменшенням ваги особистих переконань у розумінні життєвих труднощів.

3. Препарат «Клімадинон» сприяє суттєвому зменшенню нейровегетативних та психоемоційних ознак КС і є ефективним засобом корекції вегетативного дисбалансу при КС середнього і важкого ступеню у «нормотензивних» жінок із «замаскованою» АГ у перименопаузі, а також у сприяє зниженню та стабілізації АТ, що зменшує ризик розвитку ССЗ.

Літературні джерела

1. О.А. Ефименко. Перименопауза - предчувствие осени // Здоров'я України. - 2009. - №12. - С. 12-16.
2. Женщина в постменопаузе: всестороннее рассмотрение проблемы // В.В. Поворознюк, Н.Н. Середюк, О.С. Чабан. //Здоров'я України.- 2008.-№7.-С.56.
3. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в перименопаузе: консенсус европейских кардиологов и гинекологов / Р. Collins, G. Rosano, C. Casey [et al.] //Climacteric. - 2007. - N 10. - P. 508-526
4. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. - М: Мед. информ. агентство, 2001, 595с.
5. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология. - К.: Мед. информ. агентство, 2003.-304с.
6. Е.А. Ярынкина. Артериальная гипертензия у женщин. // Здоров'я України.-2007.- №3.- С.34.
7. Свищенко Е.П., Мищенко Л.А. Артериальная гипертензия в пожилом возрасте
8. Жировая ткань и репродуктивная система женщины. //Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, И.Ю. Ганжий. //Здоров'я України.- 2008.-№24-1.- С. 14-16.
9. Н.В. Башмакова. Эффективность эстрогенмодулирующей фитотерапии в лечении артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде. //Здоров'я України.- 2005.-№7.- С.23-28.
10. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії //Свищенко Є.П., Багрій А.Е., Єна Л.М., Коваленко В.М. та ін.- К., 2008. - 88с.

11. Судьба поколений, или Как правильно подобрать гипотензивную терапию всей семье? /Р.И. Стрюк, О.Д. Остроумова и др.// Здоров'я України.- 2008.-№11-1.- С.26-29.
12. K. Vitale, D. Rosano. Гипертензия: наиболее легко модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний в течение менопаузы. //Gynaecol Forum 2007 12 10-14
13. Palacios S. ЗГТ и сердечно-сосудистая система. Остается ли сердечнососудистый риск у женщин в постменопаузе недостаточно оцененным? //Climacteric, 2008, 11 (Suppl.2), p. 16
14. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни / Остроумова О.А., Мамаев В.И., Аббакумов Ю.Е. и др.// Здоров'я України.- 2004.-№13-16.-С.28-30.
15. Стандарта надання допомоги кардіологічним хворим: Наказ № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006р. - К.: Четверта хвиля, 55с.
16. Маколкин В. И., Аббакумов С. А. Диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии // Клини. мед. - 1996.- №3. - С. 22-24
17. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXEБ. - К.: Морион, 2001.-208с.
18. Эффективность Климадинона в лечении пациенток с менопаузальным синдромом. Информация компании «Бионорика АГ» Германия. /УУкр.. мед. часопис.-2002.-№4. -С.74-80.
19. Дюкова Г. М. Качество жизни женщины в период климактерия //Лечащий врач.- 2003.-№ 1.-С.22-24.

Шевченко О.А., Гриценко В.И., Горач Н.В. Здоровье женщин в перименопаузе: «замаскированная» артериальная гипертензия.

Резюме. Обследовано 35 женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом и «маскированной» артериальной гипертензией (эпизодическими подъемами артериального давления по результатам домашних измерений). Стратифицировано риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и событий как уменьшенный и высокий у 74,4% женщин с климактерическим синдромом, проанализировано качество жизни по опроснику ВОЗ-100. Доказана клиническая эффективность специального экстракта кореневища цимицифуги препарата «Климадинон» с эстрогеноподобным действием при монотерапии проявлений климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести, снижении, стабилизации артериального давления и улучшения качества жизни женщин в перименопаузе.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, перименопауза, климактерический синдром, «Климадинон».

УРОЛОГІЯ

К.С.Бараннік

ГЕМОДИНАМІКА ПАРЕНХІМИ НИРОК У ХВОРИХ ІЗ ОДНОБІЧНИМ ПОРУШЕННЯМ УРОДИНАМІКИ

Кафедра урології, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Вступ. Нирки через свої функціональні і анатомічні особливості є чудовою моделлю для вивчення гемодинаміки, що дозволяє використовувати доплерографію ниркових артерій для визначення ступеню органних уражень при системних захворюваннях. Кругообіг крові в них є саме тим основним регульованим перемінним, що дозволяє ниркам пристосовуватися до зміни обмінних процесів та підтримувати в кожний даний момент необхідний для них рівень кровотоку. До того ж, на нирки припадає 19% серцевого викиду крові.

Мета дослідження. За допомогою доплерографії ниркових артерій визначити стан кровообігу паренхіми нирок у хворих з однобічним стійким порушенням уродинаміки.

Матеріали та методи досліджень. Обстежено 52 хворих із захворюваннями верхніх сечових шляхів, що супроводжувалися однобічним стійким порушенням уродинаміки. Вік хворих складав від 21 до 57 років. Чоловіків було 22 особи, жінок – 30. Причинами стійкого порушення уродинаміки були: сечокам'яна хвороба у 36 хворих, стриктури сечоводу – у 16 хворих. Тривалість захворювання складала від 1 до 4 років. Хворі були обстежені і госпіталізовані в клініку для оперативного лікування. Контрольну групу склали 12 клінічно здорових пацієнтів. Всім хворим проводили доплерографічне обстеження ниркових артерій з метою визначення стану кровообігу паренхіми нирок. Для визначення стану ниркової гемодинаміки оцінювали такі показники, як максимальна систолічна швидкість артеріального потоку (V_{\max}), кінцева діастолічна швидкість (V_{\min}). При аналізі доплерограм також визначали показник індекс резистентності (IP).

Результати. Проведене доплерографічне обстеження ниркових артерій з боку ураженої нирки і протилежної дозволило у всіх випадках з боку порушеної уродинаміки визначити стійке зменшення систолічної швидкості артеріального потоку в артерії ураженої нирки, яке було найбільш вираженим у її дистальному відділі, що свідчило про переважні зміни у артеріях паренхіми нирки. Якщо, V_{\max} на рівні вістя ниркової артерії була зменшена до $50,6 \pm 16,9$ см/с (норма – $93,7 \pm 17,2$ см/с), то у дистальному відділі основного стовбура вона вже складала $37,5 \pm 7,9$ см/с (норма – $89,4 \pm 16,4$ см/с). Зміни відбувалися і з показником індексу резистентності (IP), який збільшувався і складав на рівні вістя ниркової артерії $0,69 \pm 0,08$ (норма $0,63 \pm 0,06$) і $0,95 \pm 0,07$ (норма $0,6 \pm 0,06$) на рівні дистального відділу ниркової артерії. Зростання периферичного судинного опору при обструктивній уропатії пов'язаний із підвищенням тиску у мисково-чашкової системі, який може провокувати зростання рівня простагландинів, а також інших вазоактивних речовин, які у свою чергу обумовлюють вазоконстрикцію, що можна визначити під час доплерографічного обстеження.

Дослідження гемодинаміки на рівні паренхіми ураженої нирки показало, що V_{\max} на сегментарних артеріях ураженої нирки була зменшена майже у 2 рази – до $38,7 \pm 14,8$ см/с (норма – $71,7 \pm 20,2$ см/с), а на рівні долевих артерій – до $23,9 \pm 8,9$ см/с (норма – $39,9 \pm 7,8$ см/с). При цьому також збільшувався і показник індексу резистентності. На рівні сегментарних артерій його значення було – $0,89 \pm 0,07$ (норма $0,61 \pm 0,06$) і $0,91 \pm 0,07$ (норма – $0,59 \pm 0,06$) на рівні долевих артерій паренхіми. Відносне зниження показника порівняно із індексом резистентності на рівні дистального відділу ниркової артерії пов'язано із скиданням крові через артеріовенозні шунти. Визначені зміни показників кровотоку нирки при однобічному порушенні уродинаміки в ній коре-

лювали із ступенем ураження і віком хворих (з урахуванням вікових змін у судинах із зменшенням їх еластичності).

Відомо, що контралатеральна нирка бере на себе основну частину загальної функції нирок за рахунок низки компенсаторно-приспосовних змін у її судинному руслі і, відповідно, збільшенням функціонального навантаження. Але протилежна нирка також підпадає під вплив ре-но-ренального рефлексу, який може втручатися у перебіг компенсаторної перебудови її кровотоку. Визначення стану гемодинаміки контралатеральної нирки показало такі значення. V_{\max} на рівні вістя ниркової артерії була збільшена до $120,4 \pm 15,8$ см/с (норма – $85,7 \pm 18,2$ см/с), а у дистальному відділі основного стовбура вона складала $114,2 \pm 6,7$ см/с (норма – $78,2 \pm 7,07$ см/с). Збільшення швидкості кровотоку мало виражений компенсаторний характер. Незначні зміни відбувалися і з показником індексу резистентності (IP), який незначно збільшувався і складав на рівні вістя ниркової артерії $0,64 \pm 0,08$ (норма $0,63 \pm 0,06$) і $0,68 \pm 0,07$ (норма $0,6 \pm 0,06$) на рівні дистального відділу ниркової артерії. Останнє свідчить про деяку невідповідність загальної ємності русла крові протилежної нирки компенсаторному збільшенню швидкості кровотоку.

Дослідження гемодинаміки на рівні паренхіми контралатеральної нирки показало, що V_{\max} на сегментарних артеріях протилежної нирки також збільшена до $93,7 \pm 10,8$ см/с (норма – $62,5 \pm 4,6$ см/с), а на рівні долевих артерій цей показник збільшувався не так виразно і складав $40,14 \pm 8,9$ см/с (норма – $34,9 \pm 7,7$ см/с). При цьому також відзначені зміни показника індексу резистентності. На рівні сегментарних артерій його значення було – $0,69 \pm 0,07$ (норма $0,61 \pm 0,06$) і $0,60 \pm 0,07$ (норма – $0,59 \pm 0,06$) на рівні долевих артерій паренхіми. Деяке збільшення індексу резистентності відповідає відносній невідповідності загальної ємності навіть компенсаторно перебудованого русла кровотоку протилежної здорової нирки. Проте, компенсаторне збільшення її функції відбувається за рахунок інтенсивного збільшення обмінних процесів.

Висновки. Метод доплерографічного обстеження дозволяє оцінити зміни гемодинаміки нирок в умовах стійкого порушення уродинаміки однієї з них та стан компенсаторних змін у протилежній нирці, що дозволить визначити способи їх корекції у комплексному лікуванні. Для більш повного і точного вивчення гемодинаміки необхідно розробляти інші методи, які дозволять враховувати додаткові фактори, частину з яких тільки доплерографією оцінити досить складно.

О.Гончарова, Н.Дмитришин

ЛЕЧЕНИЕ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ

Кафедра урологии, оперативной хирургии и топографической анатомии

Цель и задания. Изучить результаты лечения у больных с коралловидным литиазом.

По данным литературных источников у женщин в 2 раза чаще мужчин встречается данное заболевание. Максимальная частота в 30 – 50 лет. Жалоб, свойственных только для больных с коралловидными камнями нет выделяют четыре стадии коралловидного нефролитиаза:

- 1) скрытый период;
- 2) начало болезни;
- 3) стадия клинических проявлений;
- 4) гиперзотэмическая стадия.

Клиническая картина их: 1 стадия – слабость, повышенная утомляемость, головная боль, сухость, во рту, озноб; 2 стадия – слабые тупые боли в поясничной области и иногда интермиттирующие изменения в моче; 3 стадия – тупая боль в поясничной области, постоянная, субфебрильная температура, прогрессирует повышенная утомляемость, слабость, недомогание. Появляются признаки хронической почечной недостаточности латентной или компенсированной стадии. Может быть гематурия и отхождение мелких конкрементов; 4 стадия – жажда, сухость во рту, слабость, утомляемость, боль в поясничной области, дизурия, симптомы обострения пиелонефрита. Проявления интермиттирующей и даже терминальной ХПН. Классификация ко-

ралловидного нефролитиаза по степени выраженности воспалительного процесса: 1 степень – латентная фаза хронического пиелонефрита; 2 ст. – активная фаза хронического пиелонефрита; 3 ст. – острый серозный пиелонефрит; 4 ст. – острый гнойный пиелонефрит. По дефициту секреторной способности: 1 стадия – дефицит канальцевой секреции 0– 20%; 2 стадия – дефицит канальцевой секреции 21– 50%; 3 стадия – дефицит канальцевой секреции 51– 70%; 4 стадия – дефицит канальцевой секреции 71– 100%.

Как правило, выявляются камни случайно при УЗИ или обзорной урограмме при обследовании по поводу других заболеваний

Чаще всего для диагностики используют: 1. УЗИ – размер почек, толщина паренхимы, расширение ЧЛС, размер камня. 2. Экскреторная урография – функциональное состояние почек, подтвердить расширение ЧЛС. 3. Компьютерная томография – плюс-конфигурация камня в 3-х мерном изображении, наличие мелкого камня в мочеточнике. Также коралловидному нефролитиазу сопутствует хронический пиелонефрит, на любой стадии заболевания и часто повышено артериальное давление.

Виды лечения: консервативное лечение; оперативное лечение (пиело-, не ролитотомия, нефрэктомия); дистанционная литотрипсия камня; контактная литотрипсия камня; сочетание операции, ДЛТ и КЛТ камня; паллиативные методы (пункционная нефростомия, стент, дренирование гнойника);

Открытые оперативные вмешательства остаются одним из основных методов лечения больных коралловидным нефролитиазом. Операцией выбора при коралловидном нефролитиазе является пиелолитотомия – нижняя, задняя субкортикальная или с переходом на чашечки (пиелокаликотомия). Субкортикальная пиелокаликотомия выполняется на фоне интермиттирующего пережатия почечной артерии и рассечения губы почки, что позволяет субкортикально выделить лоханку и извлечь не только фрагмент камня, выполняющего лоханку, но и его отростки, расположенные в чашечках. Множество авторов отдают предпочтение комбинированному лечению больных коралловидным нефролитиазом, так как при проведении любого оперативного лечения в виде монотерапии не всегда удастся извлечь все камни из-за сложности их конфигурации. Результаты лечения больных коралловидным нефролитиазом оцениваются по трем основным параметрам: 1) полнота удаления конкремента; 2) необходимость применения вторичных незапланированных процедур; 3) осложнения проведенного лечения, что непосредственно отражается на функциональном состоянии почки.

Нами было изучено 111 историй болезни больных с коралловидными камнями почек, находившихся в отделении урологии №1 ОБМ с 2007 г. по октябрь 2012 г из них мужчин 44 (39.6%), женщин 67 (60.4%). По данным нашего исследования чаще заболевание встречается в 60 - 70 лет и у женщин менее чем в 2 раза чаще, чем у мужчин. Было выявлено, что камни локализуются примерно одинаково в левой почке 50 - 45%, и в правой почке 49 - 44%, в обеих почках 11 - 9.9%, в подковообразной почке 1 - 0.9%, в единственной почке 1 - 0.9%.

Виды используемого лечения в отделении : органосохраняющие операции 27человек - 30%, органуносящие - 18 человек - 20%, паллиативные 13 человек - 15%, консервативное лечение 36. человек - 41%, КЛТ - 4. человек - 5%. Из оперативных методов : у 20 человек - нефрэктомия, у 13 - пиелолитотомия, пиелонефролитотомия у 10, у 6 - уретеролиз, пиелолитотомия, стентирование мочеточника у 5, вскрытие паранефрита у 5, и пункционная нефростомия у 5, КЛТ тоже у 5.

Выводы. В настоящее время лечение корралловидного литиаза должно быть комплексным, включая оперативное лечение, ДЛТ, КЛТ камня.

Литературные источники

1. Возианов А. Ф. «Атлас – руководство по урологии в трех томах» / А. Ф. Возианов, А. В. Люлько. – Днепропетровск, 2001.
2. Урология : [под ред. Н. А. Лопаткина]. – Москва, 1977.
3. Пытель А. Я. Основы практической урологии / А. Я. Пытель, И. П. Погорелко. – Москва, 1969.

4. Урология по Дональду Смиту под редакцией Э. Танаго и Дж. Маканинча / [перевод В.М. Нечушкиной]. – Москва, 2005.
5. Percutaneous Nephrolithotripsy (PNS) and Ureterorenoscopy (URS) / [F. Eisenberger, K. Gumpinger, Feise, M. D. et al.]. – Stuttgart, Tuttlingen, 1994.

В.В.Дерновой

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Кафедра урологии, оперативной хирургии и топографической анатомии

Совершенствование диагностической аппаратуры, хирургического инструментария, фармакологических препаратов привели при целом ряде урологических заболеваний к изменению тактики, как обследования, так и лечения. Не так давно еще никто не обсуждал бы вопроса о малоинвазивных способах лечения гнойно-деструктивных осложнений острого пиелонефрита. Общепринятым было открытое оперативное вмешательство, а ряд ученых настаивали на нефрэктомии(3). Сегодня мы можем утверждать, что эта тактика не является ведущей, но основные принципы остаются незыблемыми: отток мочи из пораженной почки при обструктивном пиелонефрите должен быть восстановлен, гнойник должен быть дренирован.

Цель. Рассмотреть малоинвазивные способы лечения гнойного пиелонефрита. Сравнить их с открытыми операциями.

Чрезкожная пункционная нефростомия - минимальноинвазивное хирургическое вмешательство с целью введения кратчайшим путем (через кожу) дренажа в почечно-лоханочную структуру мочевого аппарата организма. Известно несколько методик пункционной нефростомии, различающихся способом контроля доступа к чашечно-лоханочной системе (ультразвуковое исследование - УЗИ, рентгеновское) и способом установки самого дренажа [1]. Я приведу наиболее приемлемую методику нефростомии: пункция чашечно-лоханочной системы под ультразвуковым наведением; рентгенологический контроль положения пункционной иглы путем антеградной пиелографии; проведение по просвету пункционной иглы струны-проводника в чашечно-лоханочную систему под рентгеновским контролем; удаление пункционной иглы; последовательное бужирование нефростомического хода по струне коническими дилататорами до размера нефростомической трубки, установление последней по струне в чашечно-лоханочную систему под рентгеновским контролем; удаление струны, контроль положения нефростомы путем антеградной пиелографии [2].

Пункция чашечно-лоханочной системы под ультразвуковым наведением позволяет контролируемо провести иглу сквозь паренхиму почки в нужную чашечку, избежав при этом ненадежной пиелостомии и повреждения других органов. Ход дальнейших манипуляций отчетливо может быть проконтролирован только рентгенологически.

После окончания чрезкожной пункционной нефростомии обязательно проводится контроль артериального давления и других показателей гемодинамики. При их нормальных значениях пациент может быть активизирован. Срок, на который устанавливается нефростома, зависит от показаний, выраженности патологических изменений и тактики дальнейшего лечения. В любом случае, пациент должен избегать ситуаций, при которых возможно выпадение дренажа.

Следует помнить, что чрезкожная пункционная нефростомия при остром обструктивном пиелонефрите, выполненная не позже трёх суток от начала заболевания, в большинстве случаев позволяет предотвратить прогрессирование гнойно-воспалительного процесса и сохранить почку [4].

Абсцесс почки достаточно четко определяется при ультразвуковом исследовании, в этой связи он может быть пунктирован и дренирован, что при грамотной дальнейшей консервативной терапии позволяет добиться излечения. Принимая во внимание густой характер содержимо-

го абсцесса, дренаж не должен быть слишком тонким. В то же время, учитывая необходимость наименьшей травматизации пострадавшей почки, дренаж не должен быть большим. Оптимальными в подобных ситуациях являются трубки 10 - 12 по Шарьеру. Расположение абсцесса в центральной зоне почки или ее медиальной части не является противопоказанием к дренированию, но стремиться следует всегда к максимально короткому интрапаренхиматозному пункционному каналу. Дренаж следует держать до тех пор, пока по нему не прекратится отделяемое, а по данным УЗИ или более точных интраскопических методик (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) не будет определяться полость [2].

Очаги гнойной деструкции в паранефральном пространстве при ультразвуковом исследовании также прекрасно определяются и могут быть пунктированы и дренированы. Устанавливать при этом следует минимум два дренажа, желательного большого диаметра (16 - 22 по Шарьеру). Установка минимум двух трубок при паранефральных абсцессах позволяет адекватно санировать и дренировать зоны поражения. В случае выявления при ультразвуковом контроле недренируемых участков необходима установка в них дополнительных дренажей [2].

Дренажи из гнойных полостей почек и забрюшинного пространства удаляются после нормализации клинико-лабораторных показателей, при отсутствии гипоехогенных участков в почке и паранефрии по данным ультразвукового исследования.

Рассмотрев приведенные методики, можно сказать, что чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгеновским наведением - малоинвазивный и эффективный метод для устранения обструкции верхних мочевых путей и дренирования гнойных полостей почек и забрюшинного пространства.

Чрескожное дренирование оказалось эффективным у 91% больных: для 43,8% пункционное дренирование явилось единственным и окончательным методом, позволившим добиться полного излечения; у 47,2% была достигнута положительная клинико-лабораторная динамика и вторым этапом выполнены эндоскопические или открытые хирургические вмешательства. Для 72% пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, открытая операция представляла высокую степень риска или была абсолютно противопоказана, и пункционное дренирование явилось для них методом выбора [3].

Вывод. Сравнительные результаты лечения продемонстрировали несомненные преимущества чрескожных методов, лишенных недостатков присущих открытым операциям. Вместе с тем, нельзя не отметить, что пункционное дренирование не является абсолютно эффективным методом, и поэтому открытая операция при гнойно-воспалительных заболеваниях почек и паранефрии всегда будет востребована.

Литературные источники

1. Синякова Л. А. Гнойный пиелонефрит. Диагностика и особенности клинического течения в урологии и нефрологии / Синякова Л. А. - 2001.
2. Аляев Ю. Г. Чрезкожные операции на почках и верхних мочевых путях под ультразвуковым и рентгеновским контролем / Ю. Г. Аляев, Н.А.Григорьев.
3. Гаджиев А. Н. Чрескожное пункционное дренирование при гнойно-воспалительных заболеваниях почек и забрюшинного пространства / Гаджиев А. Н. – Москва, 2006.
4. Функциональное состояние почек у больных, перенесших гнойный пиелонефрит / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, Е. В. Берников, Н. П. Герасимова. – Москва, 2007.

Н.В.Дубовская

ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Кафедра урологии, оперативной хирургии и топографической анатомии

Цель. Систематизировать данные имеющиеся по ятрогенным повреждениям мочеточника.

Задачи. Изучить ситуации, при которых чаще всего повреждается мочеточник, методы диагностики, лечения и профилактики данной проблемы.

Ситуации, при которых чаще всего повреждается мочеточник

В акушерской практике травме подвержены чаще юкставезикальный и интрамуральный, а при гинекологических операциях – тазовый отделы мочеточников. Встречающийся характер интраоперационных травм мочеточника довольно разнообразный. Его перевязывают, прокалывают иглой, прошивают, раздавливают клеммой, электрокоагулируют, частично или полностью рассекают и даже резецируют. Повреждения мочеточникам наносят в строго определенных точках: у места перекреста с подвздошными и маточными сосудами, у основания прямокишечно-влагалищной перегородки, у латеральной поверхности крестцово-маточной связки и у места их впадения в мочевой пузырь.

Гинекологические вмешательства по поводу:

Абдоминальная экстирпация матки с придатками по поводу рака шейки матки, тела матки, рака яичников (при раковом процессе верхние мочевые пути на большом протяжении окружены опухолью, что, естественно, затрудняет ориентировку хирурга и увеличивает частоту этого вида травматизма; однако мочевые пути травмируются даже у больных раком шейки матки I стадии, когда выделение мочеточников и отслоение мочевого пузыря, как правило, не представляют затруднений; об этом свидетельствует ряд публикаций; например, Th. H. Green оперировал 623 больных по поводу новообразований гениталий и в 8,5% случаев травмировал мочеточники: в 5% развились стриктуры, а в 3,5% – мочеточниково-влагалищные свищи, из общего числа оперированных больных 396 (64%) страдали раком шейки матки I стадии.);

Когда опухоль располагается между листками широких связок матки, тогда мочеточники находятся с наружной ее стороны и их идентификация значительно затруднена;

Кистомы яичника;

Множественные фибромы матки больших размеров;

Рецидивирующие гнойно-воспалительные опухоли в области придатков;

Спаечные эндометриодные конгломераты в малом тазу (в патологический процесс вовлекаются крестцово-маточные связки, в основании которых проходят мочеточники; рассекая эти связки, надо визуально контролировать мочеточники.);

Воспалительные процессы в полости таза (широкие крестцово-маточные связки инфильтрованы, укорочены с одновременным вовлечением в процесс мочеточников);

Пересечение крестцово-маточных связок при экстирпации матки (у латеральных их поверхностей примыкают мочеточники на расстоянии 10-15 мм);

Патологические роды:

- Трудные и затянувшиеся роды в связи с преждевременным разрывом плодного пузыря вызывают внезапное сокращение матки, что ведет к очень плотному прилеганию головки плода к органам таза и может закончиться некрозом дистального отдела мочеточника;

- Определенную угрозу для мочеточников представляет наложение акушерских щипцов. Риск намного возрастает при наличии конкрементов в дистальном отделе мочеточника. Для профилактики такого осложнения целесообразно провести влагалищное исследование, позволяющее выявить уретеролитиаз, и своевременно удалить камень или исключить наложение щипцов.

- Повреждения мочеточников встречаются при кесаревом сечении в период извлечения плода. Риск возрастает, когда операцию осуществляют в нижнем маточном сегменте.

Наиболее опасный момент – это рассечение шейки матки в поперечном направлении. Бесспорно, однако, что большую угрозу для мочеточников представляет гистерэктомия вследствие профузного кровотечения после кесарева сечения, особенно когда ее осуществляют влагалищным доступом. Flynn и соавт. ятрогенную травму мочеточника наблюдали при гистерэктомии или других гинекологических операциях у 32 из 52 больных.

Хирургические вмешательства по поводу: опухолей, воспалительных процессов в терминальном отделе тонкой кишки, слепой кишки, восходящем и нисходящем отделе толстой кишки, а также сигмовидной кишки.

Клинические проявления

При перевязке обоих мочеточников наступает острая почечная недостаточность. Заподозрить перевязку мочеточников можно при полном отсутствии мочи спустя 6-8 часов после операции и при появлении артериальной гипертензии.

Одним из первых симптомов при перевязке мочеточника и нарушении оттока мочи из соответствующей почки является сильная нарастающая боль в области поясницы. Правда, эти боли чаще всего вначале ошибочно объясняются операционной травмой и купируются введением наркотиков. Следует быть особенно внимательным, в случаях, когда эти боли не стихают после введения наркотиков или быстро возобновляются с еще большей интенсивностью.

Суточный диурез снижается. Количество мочи может уменьшиться не только при лигировании мочеточника, но и низком артериальном давлении. У ряда больных после перевязки мочеточника количество мочи не уменьшается, и, наоборот, при перевязке одного мочеточника может наблюдаться полное отсутствие мочи.

В некоторых случаях обнаружить повреждение мочеточника после операции не трудно, например, если сразу же или в ближайшие сутки после операции моча начинает выделяться через влагалище (лигатура мочеточника вызывает некроз его стенки, в результате чего в течении нескольких дней образуется мочеточниково-влагалищный свищ) или дренаж, оставленный в брюшной полости.

Микрогематурия свидетельствует о частичном повреждении мочеточника.

Когда моча изливается в окологпочечное пространство и капсулируется фиброзной капсулой, возникает уринома. При этом появляется недомогание, боли в соответствующей половине живота, иногда симптомы острого живота. Присоединяется гнойно-септическая инфекция почек, что может привести к ее гибели.

При постепенном развитии рубцовых изменений в мочеточнике разрушение почки наступает медленно – уретерогидронефроз с последующим сморщиванием паренхимы почки. У некоторых больных повышается артериальное давление.

Диагностика

Во время операции: хромоцистоскопия (артериальное давление не должно быть ниже дооперационного); введение индигокармина непосредственно в просвет мочеточника, а в мочевой пузырь проводят нелатоновский катетер (индигокармин появляется в ране в том случае, когда имеется нарушение целостности стенки мочеточника);

После операции: УЗИ почек, забрюшинного пространства и брюшной полости (позволяет выявить расширение чашечно-лоханочной системы почки и верхней трети мочеточника на стороне его перевязки, свободную жидкость в брюшной полости или в забрюшинном пространстве при наличии дефекта в стенке мочеточника); экскреторная урография с отсроченными снимками (позволяет выявить место обструкции мочеточника, уровень мочевого затека); ретроградная пиелoureteroграфия.

Лечение

- Уретеростомия;
- Пересадка поврежденного мочеточника в кожу;
- Пересадка в мочевой пузырь (восстанавливает целостность травмированного мочеточника и создает новое функционирующее соустье его с мочевым пузырем, приближающееся к нормальному; послеоперационная обструкция мочеточника выявлена в 8% случаев);

- Замещение мочеточника петлей кишки (с помощью изолированного кишечного сегмента можно возместить недостающую часть мочеточника, но эта операция большого объема и ее не следует применять при острой травме);

На современном этапе разрабатываются методики восстановления целостности мочеточника путем использования стволовых клеток.

Профилактика

Перед каждой большой хирургической и гинекологической операцией проводить внутривенную урографию.

Многие гинекологи с учетом сложности оперативных вмешательств, измененной топографией внутренних половых органов при спаечных, воспалительных, опухолевых процессах рекомендуют предоперационную катетеризацию мочеточников. В целях профилактики многие акушеры-гинекологи вначале выделяют мочеточники. Последние обнаруживают визуально благодаря их сокращениям. Кроме того, они легко просвечиваются через брюшину, что особенно хорошо видно в их тазовых отделах. Идентификация мочеточников возможна и путем пальпации: между большим и указательным пальцами ощущается “шнур”. Его белесоватый цвет и сократительные волны очень заметны, когда к нему прикасаются сосудистым пинцетом. В сомнительных случаях достаточно притронуться к брюшине в месте развилки общей подвздошной артерии и тогда мочеточник отвечает усиленными сокращениями.

При вовлечении в воспалительный или опухолевый инфильтрат мочеточники неподвижны и пальпаторно их трудно идентифицировать. Последние не отвечают на механическое раздражение и обнаружить их легче в поясничном отделе.

Переязывать сосуды матки следует после широкого раскрытия пузырно-маточного и околопузырного пространства, широкого отсепарирования заднего листка брюшины широкой связки, что отделяет мочеточник от сосудистых пучков.

Выводы: Мочеточники редко повреждаются при наружной травме, но зато часто страдают во время различных оперативных вмешательств. Травма верхних мочевых путей в акушерской, гинекологической и хирургической практике известна давно. Она бывает не только у начинающих, но и у самых опытных хирургов.

П. С. Баженов писал: “поражение мочеточников во время операции есть несчастье, к которому всегда должен быть готов хирург. Никакие меры предосторожности, ни опыт, ни искусство не застраховывают, оказывается, от этого несчастья”.

Уберегут хирурга от проблем с мочеточниками тщательный гемостаз, предварительная катетеризация мочеточников, перед каждой большой хирургической и гинекологической операцией проведение внутривенной урографии.

Литературные источники

1. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии в 3 томах / Н. А. Лопаткин – М. : Медицина, 1998 – Т.3 – 671 с.
2. Люлько А. В. Хирургия урогенитальной травмы / А. В. Люлько, К. В. Воронин. – Днепропетровск : «Пороги», 1994. – 193с.
3. Люлько О. В. Урологія / О. В. Люлько, О. Ф. Возіанов. – Дніпропетровськ: «Дніпро-VAL», 2002 – 830 с.
4. http://uroweb.ru/catalog/med_lib/uro_gin_kan/chapter06_02.htm

С.Пшенко

ЛИТОЛИЗ

Кафедра урологии, оперативной хирургии и топографической анатомии

В лечении больных мочекишечным нефролитиазом применяются различные методы: оральный литолиз цитратными препаратами на фоне приема урикостатилов, восходящий литолиз через нефростомы и мочеточниковые катетеры, чрескожная нефролитотрипсия и литоэкз-

тракция, открытое хирургическое вмешательство, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ).

Ведущую роль в лечении больных мочекислым нефролитиазом занимает оральный литолиз цитратными препаратами на фоне приема урикостатилов и соблюдения диетического и водно-питьевого режимов. Основными действующими компонентами цитратных смесей является лимонная кислота и трехзамещенные соли калия и натрия. Цитратные препараты представляют собой буферные системы, действие которых определяется их буферной емкостью. Оральный литолиз цитратными препаратами является, с одной стороны, терапией первой линии у пациентов мочекислым нефролитиазом, с другого – необходимым компонентом любого вида лечения больных мочекислым нефролитиазом.

Механизм действия цитратов нельзя рассматривать как простое подщелачивание мочи. Использование других препаратов, которые способствуют алкализации мочи, не дает такого терапевтического эффекта. Проведенные исследования свидетельствуют, что цитраты способствуют нормализации многих биохимических процессов, которые лежат в основе возникновения мочекислового нефролитиаза. Введение их в организм обуславливает компенсацию имеющегося у больных дефицита лимонной кислоты, которая является основным энергетическим субстратом цикла трикарбоновых кислот и в значительной степени влияет на обмен пуринов.

Нормализация процессов аммонирования, которая происходит в процессе приема цитратных препаратов за счет ингибирования фосфатзависимой глутаминазы, способствует ликвидации ацидоза мочи, который является одним из факторов мочекислового камнеобразования. Кроме того, цитраты обладают непосредственным литолитическим действием. Мочевая кислота, которая имеет ограниченную растворимость, обладает слабокислотными свойствами и может находиться в енольной или кето-форме. В условиях алкализации мочи, возникающей за счет действия цитратов, происходит процесс енолизации (образование енольной формы) мочевой кислоты, что заключается в замене карбонильной группы гидроксильным радикалом. При последующем замещении водорода гидроксильных групп во 2- и 6-м положениях пуринового ядра на щелочные металлы, которые поступают из цитратов, образуются хорошо растворимые двухзамещенные соли мочевой кислоты (при условии использования трехзамещенных солей лимонной кислоты).

Учитывая характер метаболических нарушений при мочекислым нефролитиазом, целесообразно использовать урикостатики (аллопуринол), основной механизм действия которых заключается в ингибировании фермента ксантиноксидазы, что приводит к снижению уровня урикемии. Аллопуринол представляет собой структурный аналог гипоксантина и ингибирующее действует на ксантиноксидазу, которая катализирует превращение гипоксантина в ксантин и ксантина в мочевую кислоту.

Эффективность орального литолиза мочекислых конкрементов составляет, по данным разных авторов, от 52,2% до 80-85%. Отсутствие эффекта при проведении орального литолиза связана с примесями в камне солей другого состава, образованием нерастворимой кальций-содержащей оболочки в процессе литолиза. Для растворения камня рекомендуют поддерживать pH мочи в пределах 6,2-6,6, при которых литолиз протекает наиболее успешно. Большее подщелачивание мочи может вызвать отложение на камне фосфатов и карбонатов, что значительно затруднит его растворение. В ходе лечения камни уменьшаются в размерах и могут вызывать обструкцию мочеточника и активизацию пиелонефрита, что требует проведения мероприятий по восстановлению пассажа мочи. Отсутствие эффекта нисходящего литолиза может свидетельствовать и об ошибочной диагностике в случае, когда камень состоит из цистина, триамтерена, 2,8-дигидроксиаденина или ксантина. В 2% случаев лечение может быть приостановлено из-за непереносимости цитратов. Препятствием для успешного литолиза является активный воспалительный процесс в почке, который сопровождается бактериурией, нарушением пассажа мочи, а также резким снижением функциональной способности почки.

Противопоказанием для лечения цитратными препаратами является хроническая почечная недостаточность, поражение паренхиматозных органов, сердечно-сосудистая недостаточность при лечении препаратами наперстянки, частое обострение пиелонефрита, олигурия и

анурия. Устранение окклюзии и обеспечение пассажа мочи из почки на период литолиза обеспечивают установкой в верхние мочевые пути мочеточникового стента.

Имеет значение прогнозирование срока, в течение которого происходит растворение мочекаменного камня, поскольку это зависит от индивидуальных особенностей организма и конкремента. В одних случаях литолиз происходит в течение 3-4 месяцев, в других для этого необходимо значительно больше времени. Растворение мочекаменных камней можно добиться у 52.5% пациентов в сроки от 4 до 11 месяцев.

Перспективным, а по сути, необходимым, является использование цитратных препаратов у больных мочекаменным нефролитиазом, которым проводится экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ). Дезинтеграция камня при проведении литотрипсии увеличивает общую площадь контакта литолитика с камнем, увеличивая эффективность литолиза. Учитывая то обстоятельство, что часть камней из мочевой кислоты имеет наружный слой, который содержит оксалат или фосфат кальция, а также в случае смешанных уратных камней, дробление камня дает возможность проводить литолиз там, где он ранее не был эффективным. Применение литолиза совместно с ЭУВЛ обеспечивает более раннее освобождение верхних мочевых путей от фрагментов камней, а также обеспечивает более низкую частоту обструкции мочеточника фрагментами камня.

В настоящее время считают, что нисходящий литолиз цитратными смесями показан всем больным мочекаменным нефролитиазом после проведения ЭУВЛ, поскольку он обеспечивает, с одной стороны, эффективное воздействие литолитика после разрушения камня ударными волнами, которые генерируются экстракорпорально, с другой – обеспечивает литолиз фрагментов камня в местах, откуда плохо обеспечивается их эвакуация (нижняя группа чашечек), а также приводит к уменьшению размеров фрагментов камня после литотрипсии, что способствует их спонтанному отхождению. Это, в свою очередь, позволяет достигнуть более полного освобождения верхних мочевых путей от фрагментов мочекаменных конкрементов, снижая ударно-волновую нагрузку на почку, укорачивает сроки нисходящего литолиза, уменьшает необходимость в дополнительных вмешательствах, связанных с обструкцией мочеточника фрагментами камня и развитием острого обструктивного пиелонефрита (катетеризация мочеточника, эндоскопическое удаление фрагментов камня, перкутанная нефростомия), что, в целом, позволяет повысить эффективность лечения пациентов мочекаменным нефролитиазом.

Восходящий литолиз рассчитан на местное воздействие растворяющих камни средств. Он заключается в перфузии полостей почек через двухходовые мочеточниковые катетеры или пиело- и нефростомические дренажные трубки, что достигается путём катетеризации почки специальными двух- или трёхстворчатыми катетерами. Вариантом восходящего литолиза является послеоперационное орошение почечной лоханки через нефростому растворами литолизующих веществ.

В процессе орошения полостей почки необходимо выполнение следующих условий:

- наличие хорошо обученного медицинского персонала
 - строжайшее соблюдение правил асептики и антисептики
 - наличие специальных ирригационных систем
 - литолизный раствор должен иметь температуру в пределах 37– 43 °С. Для перфузии можно использовать подогреватель детского питания для грудных детей.
 - равномерное смывание камня раствором со всех сторон
 - давление в лоханке не должно превышать 10– 15 мм рт. ст.
 - лучше проводить литолиз тем камням, возраст которых не превышает 1 года.
- Конкременты, имеющие возраст более года, плохо поддаются растворению.

Литературные источники

1. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Литолиз>
2. http://www.medvopros.com/view_story/Litoliz-v-lechenii-bolnyh-mochekamennoy-boleznyu-s-kamnyami-iz-mochevoy-kisloty/59

ФТИЗИАТРІЯ

Д.Г.Крижановський, В.А.Фрейвальд, М.М.Фонарьова, Я.В.Віленський
РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ

ДЗ „ДМА МОЗ України”

ДОККЛПО „Фтизіатрія”

Епідемічна ситуація. З 1995 року в Україні проголошена епідемія туберкульозу – захворюваність на туберкульоз стрімко збільшувалась і перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. З 1995 року рівень захворюваності на туберкульоз збільшився майже удвічі і в 2005 році, коли реєстрували найвищий рівень цього показника, становив - 84,1 випадку на 100 тис. населення. В результаті реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 - 2011 роки в Україні досягли суттєвих позитивних зрушень щодо епідеміологічної ситуації з туберкульозу. З 2006 року відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. На сьогоднішній показник захворюваності у середньому на туберкульоз становить близько 70 випадків на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу – 15 на 100 тис. населення. Відповідно до соціальної структури хворих із вперше діагностованим туберкульозом: більше половини хворих – це непрацюючі особи працездатного віку, більше 12% – особи, що зловживають алкоголем, близько 4% – особи, що споживають ін'єкційні наркотики. Водночас, на фоні поступової стабілізації епідемічного процесу, на сьогодні загрозу становить поширення мультирезистентного туберкульозу, тобто такого, при якому збудник (мікобактерії туберкульозу) стійкі до дії основних протитуберкульозних препаратів – ізоніазид та рифампіцин. За даними ВООЗ, в Україні мультирезистентний туберкульоз мають 16% хворих, яким вперше встановили діагноз туберкульозу, та 44% хворих із рецидивом захворювання. У 2011 році кількість випадків вперше діагностованого підтвердженого мультирезистентного туберкульозу становила 4 305 (у 2010 р. - 4 056, у 2009 р. - 3 225), із них розпочали складне та високовартісне лікування 3 829 (3 859 і 3 145 відповідно).

Захворюваність дітей на органний туберкульоз в Україні складала в останні роки 7,8 - 8,0 на 100 тис. (у 2011 р. - 8 на 100 тис.). Завдяки системі ранньої діагностики і профілактики туберкульозу у дітей відсоток вперше діагностованих хворих дітей серед загальної кількості вперше діагностованих хворих у країні складає 1,6-1,8%, що значно нижче, ніж у більшості країн (за даними ВООЗ цей відсоток коливається від 3 % до 25 % і вище). Захворюваність на туберкульоз у дітей підліткового віку в 3 рази вища ніж у дітей до 14 років і складала в останні роки 28-30 на 100 тис. (у 2011 р. - 27,7 на 100 тис.). В умовах епідемії має місце висока інфікованість дітей. З них щорічно виділяють групу ризику щодо захворювання на туберкульоз (160 - 180 тис.) та здійснюють комплекс профілактичних заходів з метою попередження туберкульозу.

Незважаючи на тенденцію щодо зниження показників захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні все ще залишається складною. В Україні щорічно на туберкульоз захворює близько 32 тисяч людей та понад 6 тисяч людей помирає від цієї недуги. Виліковується від туберкульозу в результаті основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) (до 12 міс. від початку лікування) приблизно 60 % від захворілих (через 24 (36) міс. - до 75%, у т.ч. з урахуванням вилікованих від мультирезистентного туберкульозу). Близько 8 % вперше захворілих перериває лікування, 12 % - помирає.

Одним з важливих проблемних питань у контролі за туберкульозом в Україні є постійне збільшення захворюваності та смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, оскільки з кожним роком збільшується кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. З 2001 року показники захворюваності та смертності від поєднаної інфекції збільшилися у 10 разів.

Наприкінці 2012 року було прийнято Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», який затверджен наказом МОЗ України № 1091 від 21.12.2012 р. Згідно з його положенням лікар загальної практики-сімейної медицини повинен виявляти осіб, які мають симптоми, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз за результатами клінічного скринінгу (кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, потіння вночі, кровохаркання, біль в грудній клітці). У якості обстеження необхідно направлення мокротиння від хворих з позитивним мазком (в першу чергу - з ризиком МРТБ) та від усіх ВІЛ-інфікованих осіб, дітей 0-17 років, контактних із хворим на МР ТБ, а також народжених в іноземній країні, особливо у країнах із високим рівнем захворюваності) на молекулярно-генетичну діагностику для визначення наявності комплексу *M. tuberculosis*, а культуральні дослідження на рідке середовище - незалежно від результатів бактеріоскопії.

Діагноз ТБ встановлюють у протитуберкульозних диспансерах вторинної/третинної медичної допомоги на підставі лабораторних даних (позитивні результати мікроскопії мазка мокротиння на кислотостійких бактерій, посіву на МБТ та молекулярно-генетичних тестів), клінічних симптомів та рентгенологічних, та/або морфологічних даних (біопсія ураженого органа).

Швидкі тести для визначення резистентності до рифампіцину та іншим препаратам є ефективний метод ідентифікації осіб на МР ТБ для їх швидкої ізоляції від інших хворих, що має важливе значення у контролі над розповсюдженням інфекції.

GeneXpert як новий метод у виявленні МБТ. Журнал «New England Journal of Medicine» опублікував результати дослідження з вивчення ефективності використання нових тест-аналізаторів полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для ідентифікації туберкульозної мікобактерії виявлення штамів зі стійкістю до рифампіцину. Для експерименту був вибраний аналізатор GeneXpert американської компанії Cepheid Inc. Тест-платформа здійснювала автоматичну підготовку проб досліджуваного зразка, ампліфікацію ДНК і визначення результатів. Цікаво, що спочатку технологія ПЛР була створена для виявлення палички сибірської виразки в посилках і листах, що надходять у поштові відділення США. У ході експерименту були досліджені зразки мокротиння, взяті у 1,75 тис. учасників з підозрою на туберкульоз, які проживають в Перу, Азербайджані, Південній Африці та Індії. За допомогою нового автоматизованого тесту туберкульозна паличка була виявлена у 98% пацієнтів з позитивними мазками мокротиння і у 72% пацієнтів з негативними результатами за мазком. Штами, резистентні до антибіотиків, були виявлені в 98% випадків. Як показують результати дослідження, новий аналізатор здатний зробити революційні зміни в організації профілактики та лікування туберкульозу.

Протягом 2012 р. в рамках реалізації програми «Зупинимо туберкульоз в Україні», при фінансовій підтримці фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією для України було закуплено автоматизовані системи для експрес-діагностики туберкульозу методом ПЛР в реальному часі «GeneXpert».

Так, застосування апарату «GeneXpert» дозволяє за допомогою ПЛР проводити виявлення мікобактерій туберкульозу та мутацій гена *groV*, пов'язаних зі стійкістю до рифампіцину, лише за 2 год. При цьому контакт лаборантів із мокротинням хворого практично відсутній, що забезпечує надійний захист медичних працівників від зараження туберкульозом. Таким чином, використання зазначеного обладнання сприяє значному прискоренню (замість 2–3 міс) діагностики туберкульозу як зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів, так і зі множинною медикаментозною стійкістю.

Постає питання, що ж собою являє і як працює «GeneXpert»? Це невеликий апарат розмірами з мікрохвильову піч, що легко може розміщуватись на столі і з'єднується з ПК, або ноутбуком щоб безпосередньо керувати процесом і зберігати архівні дані. Людині з підозрою на туберкульоз необхідно здати зразок мокротиння, який медичний працівник поміщає в контейнер. З нього зразок подається в машину, а потім у ході біохімічних реакцій стає видно, чи містить зразок бактерії туберкульозу. Машина шукає специфічну для мікобактерії туберкульозу ДНК. Якщо у зразку присутні МБТ, то машина виявить їх ДНК і автоматично визначить. Техніка ПЛР також дозволяє машині визначити структуру генів. Це важливо для того, щоб виявити,

чи є у бактерії туберкульозу стійкість до лікарських препаратів. ДНК бактерії туберкульозу є, в деякому розумінні, довгою послідовністю фрагментів різного кольору. Якщо один або кілька кольорів змінюються (тобто, відбувається мутація в ДНК), то бактерії можуть стати стійкими до певних протитуберкульозних препаратів. GeneXpert може перевірити на стійкість до одного з найбільш поширених протитуберкульозних препаратів – рифампіцину. Це означає, що вона може сказати нам про дві речі: по-перше, чи дійсно людина хвора на туберкульоз, і, по-друге, чи може туберкульоз, яким хворіє ця людина, бути вилікуваний рифампіцином. Цей тест проводиться дуже швидко і займає всього близько двох годин - набагато швидше, ніж інші діагностичні тести, які зазвичай займають принаймні кілька днів. Gene Xpert представлена в різних модифікаціях. Найменша машина має ємність на чотири картриджа (іншими словами чотири тести можуть проводитися одночасно).

Впровадження нових швидких методів лабораторної діагностики туберкульозу у ДОККЛПО «Фтизіатрія».

Лабораторія III рівня ДОККЛПО «Фтизіатрія» на теперішній час для підтвердження діагнозу туберкульоз використовує методи діагностики:

- бактеріоскопічний:
 - світова мікроскопія,
 - люмінесцентна мікроскопія;
- культуральний:
 - на твердих середовищах (Левенштейна-Єнсена, Фінна-II),
 - на рідкому середовищі з використанням автоматизованої системи BACTEC-960;
- молекулярно-генетичні:
 - технологія GeneXpert,
 - імунохроматографічний тест.

З перелічених методів в діагностиці туберкульозу швидкими являються: автоматизована система Bactec з пробірками MGIT, молекулярно-генетичні: технологія GeneXpert та імунофотохроматографічний тест, які використовуються в нашій лабораторії.

Кожний з перелічених методів має свої переваги та недоліки по термінам одержання результатів лабораторної діагностики туберкульозу.

Впровадження технології GeneXpert відбулося з початку грудня 2012 року. За період з 3.12.2012р. по 30.04.2013р. на GeneXpert було перевірено 992 хворих. Хворі обстежувались відповідно наказів МОЗ України: № 1045 від 12.12.2012р. «Про затвердження Змін до Стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз» та № 1091 від 21.12.2012р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги». Спочатку обстежувались всі вперше виявлені хворі до лікування відповідно наказу № 1045, а потім, відповідно наказу № 1091, з урахуванням результатів дослідження мазка. З позитивним мазком обстежувались всі вперше виявлені хворі до лікування, з негативним мазком вперше виявлені хворі: діти, ВІЛ-інфіковані та контактні до лікування. Одночасно з одного осаду зразка мокроти проводились дослідження на рідкому середовищі з використанням пробірок MGIT автоматизованої системи BACTEC-960 та молекулярно-генетичного методу виявлення ДНК туберкульозного комплексу та стійкості до рифампіцину на GeneXpert.

Отримано наступні результати: серед 992 обстежених хворих у 485 хворих виявлено ДНК туберкульозного комплексу (Xpert MTB (+), що становить 48,9%. Не виявлено ДНК туберкульозного комплексу у 507 хворих, що становить 51,1% від обстежених. У позитивних 485 хворих одночасно проводилось експрес-виявлення генетичних маркерів стійкості M. tuberculosis complex до рифампіцину. Відсутність стійкості до рифампіцину (Xpert MTB/RIF (-) діагностовано у 239 хворих, що становить 49,3 %. Стійкість до рифампіцину (Xpert MTB/RIF (+) знайдена у 246 хворих, що становить 50,7 %.

Враховуючи те що заключні результати на BACTEC за квітень ще не одержали для аналізу результатів BACTEC (MGIT) і GeneXpert взяли результати дослідження за період з грудня

2012р. по березень 2013р. Обстежено обома методами у 738 хворих. З них виявлено бактеріовиділювачів обома методами 233 хворих. У 371 хворого МБТ не виявлені жодним методом. Xpert MTB (+) і MGIT (-) у 69 чоловік, у цих випадків мазок був негативний. Відмічались випадки коли Xpert MTB (-) і MGIT (+) у 65 хворих.

Кореляція по стійкості до рифампіцину одержана: GeneXpert MTB/RIF (+) і MGIT RIF (+) у 93 випадки з 233 бактеріовиділювачів, що склало 40%. Gene Xpert MTB/RIF (-) і MGIT RIF (-) у 135 хворих з 233 бактеріовиділювачів, що склало 57,9%. Gene Xpert MTB/RIF (+) і MGIT RIF (-) – 3 випадки, що склало 1,3%. Gene Xpert MTB/RIF (-) і MGIT RIF (+) – 2 випадки, що склало 0,8%. Не значні відхилення в кореляції стійкості до рифампіцину можна допустити за відносну похибку в ручному постановки тесту до рифампіцину на автоматизованій системі BACTEC.

Результати одержані за короткий проміжок часу (5 місяців) та не дають можливостей остаточно провести кореляцію між цими методами по підтвердженню туберкульозу, але дуже чітко простежуються кореляція по стійкості до рифампіцину між GeneXpert і BACTEC.

Імунохроматографічний тест (ІХ-тест) – це метод альтернативний молекулярному методу. Використовується для видової ідентифікації з виділеної культури, яку ми одержуємо на рідкому середовищі в системі BACTEC-960. Метод швидкий, всього 15 хвилин необхідно для проведення, зручний в виконанні, має високу якість, високовитворюваний. Використовується в нашій лабораторії 2 місяці. Виконано – 309 тестів, виявлено атипових мікобактерій – 25 хворих. У 75% випадків статус по ВІЛ-інфекції у хворих був відомий. У майбутньому чекаємо результатів, що дадуть більш повне уявлення про вид збудника патологічного процесу, а це, безумовно, приведе до збільшення якості лікування.

Висновки

1. Розробки сучасних швидких методів діагностики туберкульозу продовжуються у всьому світі та мають певні успіхи.
2. Результативність залежить від відбору пацієнтів для дослідження, якості збору мокротиння, транспортування та часу доставки матеріалу, професійних навичок лаборантів.
3. Позитивний результат тесту не завжди свідчить про наявність життєздатних мікобактерій туберкульозного комплексу, але можна допустити велику вірогідність достовірності у визначенні наявності МБТ і стійкості до рифампіцину.
4. Стійкість до рифампіцину у більшості випадків, згідно зі світовими даними, свідчить про наявність мультирезистентного туберкульозу, що потребує тривалого та коштовного лікування.

ХІРУРГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

А.А.Бабец

ПРИМЕНЕНИЕ УРГЕНТНОЙ ЭНДОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Кафедра детской хирургии

Цель. Ретроспективный анализ проведения консультаций бригадами ОЦЗМП последние пять лет.

Материал и методы. В работе проанализирован пятилетний опыт ургентной эндоскопии реанимационно-консультативными бригадами у больных с политравмой. Всего за последние пять лет эндоскопическое исследование выполнено у 140 детей с открытой и закрытой черепно-мозговой травмой, политравмой. Из них 10 ФЭГДС, 4 первичных и 6 повторных на этапах оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи. Выполнено 130 фибробронхоскопий (ФБС), из них 37 первичных, 93 повторных. Общее количество детей – 79, из них в возрасте до 7 лет – 21 ребенок, от 8 до 18 лет – 58 детей.

Показаниями к экстренной бронхоскопии являлись неотложные состояния с острой или прогрессирующей хронической дыхательной недостаточностью. Цель бронхоскопии- диагностика основной причины обструкции бронхов и восстановление их проходимости, улучшение лёгочного газообмена. Исследования выполнялись под общим обезболиванием различными методами. У больных, находящихся на ИВЛ выполнялась ФБС через интубационную или трахеостомическую трубки. Специфика эндоскопического исследования у ребёнка определяется анатомическими особенностями органов дыхания. При повреждении лёгких в результате политравмы, в сочетании с ушибом лёгкого и кровохарканием, бронхоскопия проводилась после выведения больного из тяжёлого состояния, чтобы избежать углубления гипоксии и возникновения рефлекторных расстройств при наличии выраженных нарушений дыхания и кровообращения. В первые часы принимались меры для восстановления кардио-респираторного равновесия. На фоне активной аспирации из плевральной полости бронхоскопия становилась менее опасным лечебным мероприятием. При наличии кровотечения или геморрагических сгустков санация проводилась раствором 5% аминокапроновой кислоты. Мы применяем однократные введения небольших объёмов жидкости с незамедлительной аспирацией на фоне наружного массажа грудной клетки.

Выводы. У детей с политравмой проведение своевременной бронхоскопии приводит к снижению последующих повторных бронхоскопий. У детей с политравмой отмечается снижение воспалительных изменений, которым проводились санационные бронхоскопии в первые часы или сутки после поступления в отделение реанимации.

А.А.Бабец

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ.

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Диагностика повреждений паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей остается нерешенной проблемой. Своевременная диагностика повреждения позволяет применить необходимую тактику лечения.

Цель исследования. Обосновать особенности применения ультразвуковой диагностики – неинвазивного, сравнительно недорогого и вместе с тем высокоинформативного метода диагностики. Ценность метода проявляется в ситуациях, когда нет явных клинических признаков внутрибрюшного кровотечения, но это не позволяет с уверенностью исключить такой грозный диагноз как разрыв паренхиматозного органа.

Материал и методы. За последний год в клинике КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДОС» больным с политравмой произведено свыше 60 ультразвуковых исследований.

Ультразвуковыми признаками субкапсулярного разрыва паренхиматозного органа является наличие в области его проекции полостного образования, содержащего жидкость, не имеющего капсулы. При полном разрыве органа, включая его капсулу, в брюшной полости определяется наличие свободной жидкости (кровь), увеличение органа с прерывистым контуром.

В 4 случаях у детей были диагностированы разрывы селезенки, в одном случае разрыв печени, по поводу которых больные прооперированы в ургентном порядке – диагнозы совпадают.

В тоже время, на основании полученных данных ультразвукового исследования консервативно пролечены больные с ушибом почки – 8 случаев, с субкапсулярным разрывом селезенки – 5 случаев и субкапсулярным разрывом почки – 5 случаев. Все больные в различные сроки выписаны в удовлетворительном состоянии; осложнения и повторные обращения не зарегистрированы.

Выводы. Метод ультразвукового исследования брюшной полости у детей существенно расширяет клинические возможности и позволяет избежать ошибок как в сторону гипо- так и гипердиагностики. УЗИ брюшной полости является высокоточным методом диагностики повреждений паренхиматозных органов у детей с политравмой. В ситуациях, когда позволяет состояние больного, а наличие катастрофы в брюшной полости вызывает сомнение, следует рекомендовать более широкое применение указанного метода.

М.Волобуева, А.Гулиев

ГЕМАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Гемангиома – врожденный порок развития кровеносных сосудов часто встречающийся в детском возрасте. Это не только выраженный косметический дефект, но и опасность малигнизации доброкачественной опухоли. Отмечено, что у мальчиков эта патология встречается чаще, чем у девочек.

Материал и методы. У детей встречаются такие виды гемангиом: бугристо-упрощенная гемангиома, плоская гемангиома, кавернозная гемангиома, бугристо-узловая гемангиома. У детей часто встречаются смешанные формы гемангиомы. Чаще всего гемангиомы у детей локализируются в области головы: на веках, в области лба, на щеках, на кончике носа, на слизистой глаз, внутри рта. На втором месте по частоте возникновения гемангиом находится область половых органов.

Диагностировать гемангиому можно по ее внешнему виду, цвету, форме, участку поражения. Простые гемангиомы имеют багрово-красный цвет, расположены на поверхности, имеют четкие границы, растут в стороны и поражают кожу на несколько миллиметров вглубь. Если надавить на пораженный участок, то гемангиома на несколько секунд бледнеет, а затем принимает свой обычный цвет. Комбинированные гемангиомы представляют собою сочетание подкожной и поверхностной гемангиом. Диагностируются в зависимости от преобладания той или иной части сосудистого образования.

Нередко гемангиома «самоустраняется» спонтанно или постепенно. Поэтому если она маленькая и не находится на «опасных» участках, то есть не на лице, в области головы, шеи или половых органов, то с ее удалением спешить не стоит. Но обязательно следует за ней наблюдать. Если есть хоть малейшие признаки роста, тем более в внутрь ткани, то необходимо тут же удалить. В эпоху лазерной медицины, удалить гемангиому без следа не так сложно. Гемангиомы у новорожденных на проблемных участках обязательно удаляются, так как есть опасность травматизации или серьезных осложнений даже при незначительном их. На сегодняшний день существуют различные способы успешного лечения гемангиом. Новый этап в лечении гемангиом начался с использованием лазера. Преимуществом этого метода является то, что любые формы сосудистых патологий можно лечить на любой стадии заболевания. Такое лечение практически безболезненно, что особенно важно для детей.

Выводы. Гемангиомы, «винные» пятна, другие заболевания и врожденные пороки сосудов кожи ребёнка требуют своевременного лечения. Таким образом, современное лечение гемангиом у детей и использование всего арсенала средств, имеющегося на вооружении в детской хирургии, позволяет добиться полного излечения опухоли с хорошим косметическим результатом, а следовательно, воспитывать не только здорового, но и красивого ребенка!

В.Давтян

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Врожденные пороки развития кисти относительно часты и весьма разнообразны. На долю врожденных аномалий кисти приходится 60-75% всех аномалий верхних конечностей (Г.Ф.Балабаниц). Отмечается 2-х кратное увеличение числа случаев врожденных аномалий развития верхних и нижних конечностей за последние 10 лет, увеличение удельного веса тяжелых комбинированных пороков с 18 до 64%.

Материал и методы. Проанализированы источники литературы за последние пять лет. Критическим периодом внутриутробного развития для возникновения аномалий конечностей является 3-7 неделя беременности. Пороки развития возникают в результате генных мутаций; хромосомных и геномных мутаций; комбинированного воздействия генных мутаций и факторов внешней по отношению к зародышу среды; тератогенных факторов.

Различают аномалии, возникающие в результате недостаточности формирования частей конечностей: амелия, фокомелия, перомелия. К аномалиям, возникающим в результате недостаточной дифференцировки частей конечности относятся пороки развития лопатки, синостозы, синдактилии, брахидактилии, врожденная косолапость, врожденный вывих бедра, артрогрипоз, клинодактилия – укорочение средней фаланги пальцев кистей (чаще V пальца). Аномалии, обусловленные удвоением: полидактилия, диплоподия – удвоение стопы, полимелия – увеличение числа нижних конечностей. Аномалии, обусловленные чрезмерным ростом, включают мактородактилию и гигантизм конечности, проявляющийся односторонним увеличением относительно пропорционально развитой конечности. Аномалии, обусловленные недостаточным ростом. В их число входят аномалии, проявляющиеся гипоплазией различных отделов костей конечностей. Генерализованные (системные) скелетные деформации. В их основе лежит нару-

шение эмбриогенеза соединительной ткани, включая костную ткань. К этой группе относятся хондродисплазии, остеодисплазии.

Основная часть пороков опорно-двигательного аппарата корригируются хирургическим путем. Применяются различные пластические операции на коже и мягких тканях, так же костно-пластические операции при выраженных деформациях конечностей и позвоночника с применением различных корригирующих систем и аппаратов внешней фиксации, а так же костной пластики различными трансплантатами.

Выводы. У детей отмечается чрезвычайный полиморфизм врожденных аномалий - от незначительного косметического недостатка до полного отсутствия конечности. Аномалии топографии с нарушением функционального состояния микрососудистого русла, приводят к трофическим нарушениям тканей, что является причиной осложнений, возникающими в процессе хирургической коррекции деформаций, к нарушению формирования роста после реконструктивных оперативных вмешательств, развитию новых деформаций, которые в последующем требуют новых дополнительных оперативных вмешательств.

Ю.Е.Землянская, К.А.Шевченко

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕТАЭПИФИЗАРНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Ранняя диагностика метаэпифизарного остеомиелита (МЭО) до настоящего времени остается актуальной проблемой в детской хирургии. Существующие методы диагностики на ранних этапах заболевания требуют усовершенствования, т.к. они могут оказать существенное влияние на тактику лечения и исход заболевания.

Цель. Определить показания к консервативному и оперативному лечению МЭО при использовании метода ультразвукового исследования (УЗИ).

Материалы и методы исследования. С 2008 года в клинике применяется новый комплексный подход к диагностике и лечению МЭО у детей младшего возраста. Всем, впервые поступившим больным (32 ребенка), проводилось УЗИ линейными датчиками 3,5-7,5 МГц, при необходимости - рентгенологическое исследование. Все дети поступили на 1-3 сутки от начала заболевания. Выпот в суставе определялся с первых дней у всех наблюдаемых детей. Утолщение капсулы в суставе проявлялось на 3-5 сутки от начала заболевания, периостальная реакция появлялась на 4-6 сутки. У 16 (50%) детей отмечены изменения в структуре эпифиза. УЗИ исследование проводили с интервалом 2-3 суток в зависимости от течения заболевания. При проведении рациональной антибактериальной терапии к 7-10 дню значительно уменьшалось количество выпота в суставе. Далее наблюдалась периостальная реакция длительностью от 1 до 3 месяцев.

Таким образом, УЗИ позволило нам следить за динамикой патологического процесса и проводить оценку эффективности консервативного лечения.

Выводы

1. Раннее выявление МЭО с помощью современных методов диагностики влияет на характер деструктивных изменений в костной ткани, что значительно улучшает эффективность лечения. УЗИ позволяет снизить лучевую нагрузку при диагностике МЭО у детей раннего возраста.

2. УЗИ позволяет оценить изменения в тканях суставов и окружающих тканях (связки, надкостница, капсула, суставы, эпифиз, мышцы), корректировать тактику и оценить эффективность проводимого лечения.

3. Рациональное лечение больных с МЭО позволяет значительно снизить количество осложнений заболевания, что в дальнейшем приводит к уменьшению ортопедических последствий и снижению инвалидизации среди этого контингента больных.

И.Д.Клочков, М.В.Гриб

НЕФРОБЛАСТОМА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Одним из наиболее частых новообразований детского возраста является нефробластома – опухоль Вильмса (ОВ). ОВ составляет примерно 20-25% всех злокачественных новообразований у детей.

Материал и методы. ОВ обнаруживают у детей разного возраста, однако чаще – от 2 до 5 лет. Также не отмечены различия в частоте поражения правой и левой почек. В 4-5% случаев ОВ является двусторонней. У 1-2% детей с ОВ обнаруживают отягощенную наследственность. Если у одного из родителей была односторонняя ОВ, то риск развития ОВ у детей составляет около 2%. Примерно такая же вероятность у их братьев и сестер.

Ключевая роль в патогенезе ОВ отведена генетическим нарушениям. За развитие ОВ ответственны нарушения в нескольких генах – WT1, WT2 и WT3. В норме продукты гена WT1 выступают в качестве регулятора развития почки и супрессора опухолевого роста. Помимо гена WT1 на хромосоме 11p13 был идентифицирован ген WT2, а на хромосоме 16q – ген WT3. Предполагают нарушения 1p, 7p, 17p, 19q. Важная роль в развитии ОВ отводится дисрегуляции фетальных митогенов. Ненормальная активация этого фактора была обнаружена в половине исследованных образцов ОВ.

Роль генетических факторов в развитии ОВ подтверждает также ее частое сочетание с пороками развития других органов и систем: мутации в гене WT1 приводят не только к ОВ, но также проявляются различными аномалиями мочеполовых органов. В последних сообщениях имеются определенные данные о повышенном риске развития опухоли Вильмса у детей, чьи отцы работают на химических предприятиях (Teggsini, 1983). Факторы окружающей среды, генетические и наследственные факторы риска, наличие врожденных дефектов. У 1-3% детей с нефробластомой имеется один и более родственников, которые перенесли такое же заболевание. У 15% детей с нефробластомой выявляются врожденные пороки развития. При подозрении на ОВ необходимо провести комплексное обследование, используя рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые и другие методы. Основными принципами лечения с ОВ являются применение комплексного лечения (хирургическое, химио- и радиотерапия). Хирургическое лечение является основным методом лечения больных с ОВ.

Выводы. Прогноз у больных с ОВ зависит от многих факторов, но основное значение имеют интенсивность проведенного лечения, стадии заболевания и гистологическая характеристика опухоли. Число длительно живущих детей снижается с повышением стадии заболевания от I к IV. Риск возникновения рецидивов ОВ после проведенного лечения – 14-20%. Двухлетняя выживаемость у больных с рецидивами ОВ не превышает 43%.

С.В.Коваль, И.С.Коваль, Л.Н.Бондарюк

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Актуальность. В последние годы частота встречаемости хронического калькулёзного холецистита среди нозологических форм детского хирургического стационара возросла. На сегодняшний день «золотым стандартом» выполнения холецистэктомии является лапароскопический метод. Однако, применение опыта хирургов общей практики в детской хирургии не всегда возможно из-за особенностей детского организма.

Материал и методы. За период с 2003 по 2012 годы в клинике детской хирургии Днепропетровской государственной медицинской академии хирургическому лечению подверглось 32 пациента с хроническим калькулёзным холециститом. Во всех случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Возраст пациентов составлял от 8 до 17 лет. Девочек было подавляющее большинство – 27, мальчиков – 5. Перед выполнением оперативного вмешательства, с целью исключения холедохолитиаза, пациентам подросткового возраста выполнялась ЭРПХГ. Детям младшей возрастной группы это исследование не проводилось по техническим причинам. В ходе исследований холедохолитиаз у группы наших пациентов не выявлен, хотя эпизоды желтухи наблюдались у 3 больных. Значительные технические сложности в выполнении вмешательства наблюдались у детей 8-12 лет. Данная ситуация вызывалась малым объемом брюшной полости, невозможностью повышения внутрибрюшного давления более 8-10 мм.рт.ст., минимальной площадью точек приложения оперативного вмешательства. Для исключения негативного влияния данных технических факторов нами изменены точки введения портов, взят для использования телескоп диаметром 5 мм и применена тракция передней брюшной стенки по типу лапаролифта. Длительность вмешательства колебалась от 40 до 90 минут. Конверсия на лапаротомию в 1 случае: у девочки 16 лет с ожирением 3ст, массой тела 120кг – кровотечение из а.сystica. В наших случаях имело место осложнение в виде жёлчетечения с формированием желчного свища – повреждение стенки холедоха, который ликвидирован оперативным путём лапаротомным доступом. Госпитальный период в среднем длился 7 дней, после чего пациенты выписаны для амбулаторного наблюдения. Поздних осложнений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, малоинвазивность, низкая вероятность послеоперационных осложнений, с учетом технических особенностей выполнения в детском возрасте, при отличном косметическом эффекте определяют лапароскопическую холецистэктомию, как метод выбора в оперативном лечении хронического калькулёзного холецистита у детей.

А.Р.Ли

ДЕОНТОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра детской хирургии

Цель. Современная медицина вооружила врача, в том числе – и детского хирурга, огромным запасом знаний, арсеналом большого количества инструментальных методов исследований, аппаратурой.

Для полноценной хирургической работы врач не только должен иметь теоретические знания, практические навыки, работать в оснащенной аппаратурой клинике, но, что не менее важно, владеть умением понимать психологию больного ребенка и его родителей.

Материал и методы. Хирургия/травматология – область клинической медицины, изучающая заболевания, лечение которых проводится преимущественно с помощью оперативных вмешательств. Хирургия и травматология сегодня использует огромный арсенал средств и методов диагностики, оперативных вмешательств, реабилитации. Особенность работы хирурга

закладається в тому, що він постійно стикається з необхідністю вирішувати складніші проблеми, за якими стоять життя і здоров'я пацієнта. Складність положення хірурга/травматолога, ускладнюється і тим, що він не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинен знайти способи зменшення ступеня операційного ризику. Взаємостосунки з хворим складний комплекс, з якого неможливо виділити що – якби як якості єдино важливого. Робота лікаря дитячого хірурга постійно пов'язана з обстеженням і лікуванням великої кількості хворих. Одним з важливих елементів медичної етики є збереження лікарської таємниці. Згідно своєї діяльності йому доводиться розмовляти не тільки з хворими, але і з їх родичами, близькими їм людьми, сусідами. Абсолютно іншим чином повинна бути розмова лікаря дитячого хірурга з уважливими родичами або близькими хворого дитини, які вже наперед передбачають у себе наявність важкого і невиліковного захворювання. З такими пацієнтами про їх хворобу завжди потрібно говорити з відомою часткою оптимізму. Якщо це можливо, то таким хворим потрібно точно повідомити діагноз їх захворювання, в простому викладі розкрити сутність цієї хвороби і тим самим намагатися привести його до активної участі в лікуванні. Також слід підкреслити, що вимоги до професійної підготовки і відповідальності лікаря дитячого хірурга завжди були підвищеними. Поведінка його у ліжку хворого повинно слугувати прикладом для наслідування.

Висновки. Висновок необхідно підкреслити, що володіння в повній мірі такими якостями, як скромність, кристальна чесність, повага, взаємна вигода і підтримка, дозволяє лікарю дитячому хірургу в повному обсязі виконувати вимоги медичної деонтології і лікарської етики, а це, в свою чергу, надає велику допомогу в його повсякденній і важкій практичній роботі.

Д.М.Лук'яненко, В.О.Алексюк

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НЕУСКЛАДНЕНИХ ФОРМ МЕТАЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Актуальність. Гнійна патологія займає одне з перших місць в структурі захворювань населення, котра призводить до летальних випадків.

Матеріали та методи. Гострий гематогенний остеомієліт (ГГО), зокрема, його генералізовані форми: токсична і септикопемічна (за Т.П.Краснобаєвим), не дивлячись на вдосконалення з плином часу методів діагностики і лікування, призводять до високої летальності. Захворювання ГГО є медико-соціальною проблемою у зв'язку з важким перебігом, великою кількістю негативних наслідків, котрі можуть з'являтися протягом всього періоду росту дитини і призводити до інвалідизації.

З 2008 року ми використовуємо таку хірургічну тактику. Хворим з метою дообстеження призначали загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові та, при наявності факту травми, рентгенологічне дослідження ураженого сегменту кінцівки. Всім вперше надійшовшим до стаціонару хворим з метаепіфізарним остеомієлітом з давністю захворювання до 3-х діб пункції суглобів з діагностичною метою не проводились. Стан суглобів контролювали за допомогою ультразвукового дослідження. При наявності ознак катарального артрити: розширення капсули суглобів, суглобових щілей, набряк та розривання м'яких тканин в межах суглобу. При цьому, призначали лікування: сульбаксам (емпірично), пробіотики (лінекс, біфіформ, лактовіт та інші), кларітин, іммобілізацію ураженого сегменту кінцівки в гіпсовій лонгеті, фізіотерапевтичні процедури (УФО, УВЧ), місцево на уражений суглоб пов'язка з діметоксидом, при наявності воріт інфекції (пупкова ранка, опрілості, садна тощо) обробка їх розчином октенисепту, – що дозволяє домогтися стабілізації процесу, регресу запальних змін в суглобі, попередити руйнування кісткової тканини, та домогтися відродження структури кісткової тканини.

Висновки. У зв'язку з поліризистентністю чутливості виділених штамів необхідне проведення і вивчення антибіотикограм в кожному конкретному випадку та розробка єдиного алгоритму емпіричної антибактеріальної терапії у кожному регіоні в залежності від мікробного пейзажу вогнищ запалення, що дозволить своєчасно коригувати лікувальний процес.

А.Д.Марченко

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Острый панкреатит чаще стал диагностироваться в детском возрасте. Своевременная диагностика и лечение значительно улучшают результаты лечения.

Материалы и методы. Проанализированы источники отечественной литературы за последние 5 лет.

Острый панкреатит – ферментативное поражение поджелудочной железы. Среди больных преобладают девочки. Это, по-видимому, связано с более высокой частотой встречаемости у них желчнокаменной болезни и нарушений жирового обмена.

В настоящее время причинные факторы острого панкреатита принято делить на две основные группы: вызывающие затруднение оттока панкреатического сока или приводящие к первичному поражению ацинарных клеток. В зависимости от фазы развития патологического процесса выделяют 4 формы острого панкреатита. Наиболее постоянным симптомом острого панкреатита является интенсивная боль, как правило, выраженная в области эпигастрия, возникающая внезапно, появляющаяся нередко после пищевой перегрузки, часто иррадиирующая в спину, в правую, левую или обе лопатки. Иногда боль нарастает постепенно, имеет схваткообразный характер и не очень интенсивна. В лечении острого панкреатита с самого начала превалировал оперативный метод. Лапароскопию следует рассматривать как основной метод хирургического лечения.

Хирургическое лечение должно проводиться у больных для предупреждения прогрессирования панкреатита – по поводу желчно-каменной болезни, хронического калькулезного холецистита, у больных с обострением панкреатита при симптомокомплексе “острого живота”, при сопутствующем остром холецистите, при панкреонекрозе у больных с осложнением панкреатита (псевдокисты, свищи ПЖ, стеноз общего желчного протока, панкреатический асцит и плеврит, гнойные осложнения и другие).

Выводы. Профилактика заболевания предусматривает, прежде всего, правильное питание (исключение грубых животных жиров и острых приправ), полный отказ от алкоголя, своевременное лечение заболеваний желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки. При панкреатите эти мероприятия будут препятствовать развитию обострений.

Ю.Мащенко

ГЕПАТОБЛАСТОМА

Кафедра детской хирургии

Актуальность. Среди всех первичных опухолей печени у детей 70% являются злокачественными. Наиболее часто встречается гепатобластома – злокачественная низкодифференцированная опухоль печени эмбрионального происхождения, развивающаяся в раннем детском возрасте – до 5 лет.

Материалы и методы. Опухоль обычно поражает правую долю печени. Возникает из эмбриональных клеток печени и содержит незрелые гепатоциты. Обычно к моменту выяснения

диагноза размеры опухоли большие, но метастазов еще нет. Ранний диагноз злокачественных новообразований всегда составляет затруднения ввиду продолжительного бессимптомного течения. Гепатобластома может сочетаться с другими опухолями детского возраста, например, опухолью Вильмса (нефробластомой). Существует определенная связь между появлением гепатобластомы и приемом матерью оральных контрацептивов, алкогольным синдромом плода.

Сцинтиграфия и эхография позволяют определить топографию болезни. Печеночная биопсия связана с угрозой возникновения геморрагии, выполняется в тех случаях, когда данные проведенного всестороннего обследования сомнительны. Гипертромбоцитоз является указанием на злокачественность. Наличие альфа-фетопroteина помогает выяснению диагноза. Рентгенография грудной клетки дает возможность обнаружить метастатическое поражение легочной ткани. УЗИ помогает подтвердить происхождение опухоли из печени, уточнить ее расположение и распространение в органе, выявить поражение печеночных сосудов. КТ с контрастированием, МРТ, радиоизотопное сканирование печени, ангиография применяются для получения дополнительной информации, необходимой при планировании объема операции. Основным методом лечения гепатобластомы, который может обеспечить выздоровление пациента – хирургический, проводят гемигепатэктомии. Детям допустимо удаление до 80% ткани печени, при этом печень хорошо восстанавливается. Гепатобластома относится к опухолям, высокочувствительным к химиотерапии. В настоящее время для лечения этой опухоли используются лечебные протоколы, где присутствует предоперационная и послеоперационная химиотерапия. что Трансплантация печени – самый передовой метод лечения, но в нашей стране эта операция у детей широко не применяется. В настоящее время применяется и другой метод лечения – химиоэмболизация – введение химиопрепаратов непосредственно в сосуды печени и блокирования кровоснабжения опухоли. При этом создается высокая концентрация химиопрепарата в опухоли с минимальным токсическим эффектом.

Выводы. Гепатобластома может быть излечена в 60 % случаев. Послеоперационная выживаемость в течение 2,5 лет при гепатобластоме I стадии составляет 90% и более, IV стадии – меньше 30%. Современное состояние лечебных возможностей при гепатобластоме, и прежде всего – выполнение радикальной операции с проведением химиотерапии (платиносодержащими препаратами) – позволяет добиться 85-90% 5-летней выживаемости. Непременным условием достижения успеха – радикализм хирургического вмешательства, что иногда требует выполнения предельно допустимой резекции печени, либо ее трансплантации.

Е.Б.Мищук, С.Л.Устименко

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Цель. Острый метаэпифизарный остеомиелит остается одним из самых тяжелых заболеваний детского возраста. Цель нашей работы: унификация общих принципов диагностики и тактики лечения острого метаэпифизарного остеомиелита у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней детей с метаэпифизарным остеомиелитом (МЭО), которые находились на лечении с 2008 года в КУ «Днепропетровской областной детской клинической больницы » ДОС » города Днепропетровска. Все дети поступили на 1-3 сутки от начала заболевания. Всем пациентам (32 ребенка), проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), при необходимости – рентгенологическое. У 23-х больных проведены бактериологические исследования из пиемических очагов (омфалит, опрелости и др.). При УЗИ выпот в суставе определялся с первых дней у всех наблюдаемых детей. Утолщение капсулы сустава проявлялось на 3-5 сутки от начала заболевания, периостальная реакция появлялась на 4-6 сутки. У 16 (50%) детей были изменения в структуре эпифиза в виде фрагментации. УЗИ проводили с интервалом 2-3 суток в зависимости от течения заболевания. У четырех детей (12,5%),

из этой группы больных, в результате наличия затеков жидкости в мягкие ткани, которые определены во время УЗИ, было выполнено оперативное лечение – проведено раскрытие гнойников. У 5 детей с клиникой гнойного артрита проводили пункции суставов. Только у 2 больных (1 коленный и 1 голеностопный) был получен гной из суставной полости, у 3 больных – серозная жидкость. При проведении рациональной антибактериальной терапии к 7-10 суткам значительно уменьшался объем выпота в суставе. В дальнейшем наблюдали периостальную реакцию, которая выявлялась при рентгенологическом исследовании в сроки от 10-15 суток до 3 месяцев.

Своевременное рациональное лечение, включавшее в себя антибактериальную терапию, комплекс противовоспалительных мероприятий, иммобилизацию пораженного сегмента конечности, физиотерапевтические процедуры, позволяло добиться стабилизации процесса, регресса воспалительных изменений в суставе, предупредить деструкцию костной ткани. Такие результаты были достигнуты благодаря ранней диагностике МЭО, рациональной антибактериальной терапии и адекватной иммобилизации.

Выводы. Результаты лечения МЭО были улучшены благодаря ранней диагностике и рациональной антибактериальной терапии. УЗИ позволяет следить за динамикой патологического процесса и проводить оценку эффективности консервативного лечения. Для уменьшения частоты ранних и поздних ортопедических осложнений комплексное лечение должно проводиться в условиях детского хирургического отделения.

С.Л.Устименко, Е.Б.Мищук

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Актуальность темы. Политравма – ведущая причина смертности и инвалидности у детей в возрасте старше 1 года. Летальность вследствие травм у детей занимает третье место после патологии новорожденных и болезней органов дыхания. Ежегодно в Украине регистрируется 2-2,5 тыс. смертей от травм у детей в возрасте от 1 до 18 лет.

Материалы и методы. В 2011 году в Украине травматические повреждения опорно-двигательного аппарата были диагностированы у 345783 детей (по статистическим данным МОЗ Украины). В общей структуре детской хирургической патологии травматические повреждения опорно-двигательного аппарата составляют до 32%. При ДТП отмечается высокий удельный вес множественных и сочетанных травм (более 37%). Множественные, сочетанные (полисистемные, полиорганные) или комбинированные повреждения сопровождаются нарушением витальных функций у ребенка или являются угрозой их возникновения.

В отделении ортопедии и травматологии ОДКБ за 2007-2012 годы находилось 238 детей в возрасте от 3 до 18 лет с политравмой вследствие ДТП, кататравмы. Из них 162 мальчика (68,1%) и 76 девочек (31,9%). Из 238 детей, поступивших в клинику, адекватная медицинская помощь на догоспитальном этапе оказана 39 пострадавшим (16,3%). Срок лечения больных составил от 4 до 11 месяцев. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения наблюдали у 89,6%. Осложнения: посттравматический остеомиелит – 9 больных, неврологические нарушения – 5 больных, укорочения и деформации конечностей – 17 больных, анкилозы – 4 больных.

Выводы

1. В структуре политравмы краниоскелетная травма является наиболее частым видом повреждений у детей, второе место занимают множественные переломы конечностей.

2. Тактика лечения переломов конечностей у детей с политравмой должна быть этапной и базироваться на концепции травматической болезни.

3. При переломах, сопровождающихся обширными дефектами тканей и переломах дистальных сегментов, в условиях краниоскелетной травмы, приоритетным является остеосинтез с использованием аппаратов внешней фиксации.

4. Оказание хирургической и травматологической помощи при политравме должно осуществляться специализированными лечебными учреждениями с организационной структурой, обеспечивающей этапность и преемственность лечебно-диагностических мероприятий.

М.Чорненко

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

Кафедра детской хирургии

Цель. Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра – это проблема, которой ортопеды занимаются более 130 лет. Однако и сегодня многие важные вопросы не решены или являются дискуссионными. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости, от 2 до 6 случаев на 1000 новорожденных, сложностью своевременного выявления и осложнениями при неадекватном или запоздалом лечении.

Материалы и методы. В отделении ортопедии-травматологии КП «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДОС» за последние 3 года пролечено 126 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с врожденным вывихом бедра. Односторонний вывих отмечался у 43 детей, двусторонний – 73. Чаще вывих диагностирован у девочек - 84 (66,6%) ребенка, у мальчиков – 42 случая (33,4%). Все пациенты лечились консервативно с помощью функционального метода (функциональное вытяжение в течение 3-4 недель), с постепенным вправлением вывиха. Обязательно выполнялась контрольная рентгенограмма тазобедренных суставов.

Фиксацию вправленного вывиха осуществляли с помощью гипсовой повязки по Лоренс-I в течении 1-1,5 месяцев. Смену повязок выполняли через 1,5 месяца в положение Лоренс-II, затем Лоренс-III. При стабильном тазобедренном суставе для удержания вправленного вывиха использовали аппарат Гневковского.

Больные получали: электрофорез с хлористым кальцием, кокарбоксилазой, УВЧ, ультразвук, массаж, ЛФК. Рентгенологический контроль выполняли 1 раз в 3-4 месяца.

Хороший анатомо-функциональный результат получен у 50 детей (39,7%), удовлетворительный – 63 (50%), неудовлетворительный – 13 (10,3%), обусловлен развитием асептического некроза головки, релюксацией. При неэффективности консервативного лечения показано оперативное вмешательство.

Выводы. Ранняя диагностика врожденного вывиха бедра и индивидуальный подход позволяют улучшить результаты лечения этой патологии. Широкое применение функционального метода вытяжения у детей до 3 лет дает положительный результат в 89,7% случаев.

К.А.Шевченко, Ю.Е.Землянская

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ УДВОЕННОЙ ПОЧКЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Цель. Удвоение почки – одна из наиболее часто встречаемых аномалий, она занимает 2 место и составляет 34% среди всех пороков развития. Удвоение лоханок и мочевыводящих путей один из наиболее частых вариантов строения верхних мочевых путей, который стоит на границе нормы и аномалии.

Частота встречаемости 1 случай на 125-160 аутопсий.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДОС» лечилось 82 ребенка с удвоенной почкой. Для диагностики патологии применялись следующие методы: ультразвуковое сканирование; экскреторная

урография и ее модификации; микционная цистография; доплерография интратенальных сосудов, компьютерная томография, динамическая еноцинтиография, ретроградная уретеропие-логграфия.

Из 82 детей, которые находились на лечении, выявлена следующая патология: у 19 выявлен ПМР, у 12 уретероцеле, у 8 уретерогидронефроз верхней половины удвоенной почки, у 10-отсутствие функции: верхней половины 6, нижней половины 4, у 1 ребенка полное отсутствие функции почки.

Проведение пренатальной и постнатальной диагностики позволило увеличить выявляемость патологии удвоенной почки в раннем возрасте. Своевременная диагностика уростаза, связанного с удвоением почек и мочевыводящих путей, привела к снижению количества геминефруретерэктомий и нефруретерэктомий, что помогает сохранить почку.

Выводы. Использование малоинвазивных технологий - эндоскопических методов оперативного лечения ПМР и уретероцеле снизило травматичность операций и дало возможность добиться хороших результатов лечения у детей первых лет жизни.

Е.В.Васильченко, В.Л.Суворов

ВЛИЯНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ВЫБОР ТИПА ФИКСАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии и ортопедии

Введение. Эндопротезирование тазобедренного сустава является основным методом лечения пациентов с дегенеративно – дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава, медиальными переломами шейки бедренной кости и их последствиями. Определенная доля больных с данными патологиями имеют сопутствующие остеопению и остеопороз, что затрудняет фиксацию эндопротеза. В связи с этим возникает вопрос о выборе типа фиксации компонентов эндопротеза (в частности бедренного). На сегодняшний день известно три типа фиксации компонентов эндопротеза: цементный, безцементный и гибридный.

Цель работы. Изучение показателей состояния костной ткани проксимального отдела бедренной кости для выбора типа фиксации компонентов эндопротеза тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Исследованы 43 рентгенограммы бедренной кости в прямой проекции больных с дегенеративно – дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава, медиальными переломами шейки бедренной кости и их последствиями. Средний возраст больных составил 68,7 лет, среди больных 1 мужчина (2,3%) и 42 женщины (97,7%). В нашей работе мы оценивали следующие показатели: кортикальный индекс (КИ), морфо-кортикальный индекс (МКИ), типы проксимального отдела бедренной кости по Dogt, индекс сужения костно-мозгового канала по Noble, индекс Singh, индекс Споторно – Романьёли.

При расчете КИ мы использовали размеры ширины бедренной кости и костно – мозгового канала на уровне 10 см ниже малого вертела (в норме КИ должен быть не менее 54%). МКИ определяется при помощи расчета соотношения ширины бедренной кости на уровне верхней точки малого вертела к ширине бедренной кости на 7 см ниже этого уровня (при показателе МКИ менее 2,6 бесцементная фиксация будет затруднительна). По Noble выделяют три варианта костно-мозгового канала проксимального отдела бедренной кости: 1) «дымоходная труба» - широкая проксимальная часть канала, индекс меньше 3,0; 2) «нормальный» - канал с умеренным расширением проксимальной части, индекс – 3,0-4,5; 3) «бокал шампанского» - расширение проксимальной части и сужение дистальной части канала, индекс более 4,5 (чем больше сужение к дистальной части, тем лучше первичная фиксация бесцементного эндопротеза). По Dogt выделяют три типа проксимального отдела бедренной кости, где тип А соответствует «бокалу шампанского», тип В – «нормальному» типу, тип С – «дымоходной трубе». Индекс Singh

позволяет визуально по рентгенограмме определить костную плотность проксимального отдела бедренной кости (I-IV-остеопороз; V-VI-остеопения; VII-норма). Индекс Споторно – Романьёли позволяет выбрать тип фиксации эндопротеза и учитывает следующие критерии: пол, возраст, значение морфо-кортикального индекса и индекса Singh (при сумме до 4 баллов показано бесцементное эндопротезирование; 5 баллов – возможно бесцементное эндопротезирование; более 6 баллов – показано цементное эндопротезирование).

Результаты и их обсуждение. Среднее значение КИ среди исследуемой группы составило 45,5%, что соответствует показателю остеопении, граничащей с остеопорозом. Средний показатель МКИ равняется 1,5, что соответствует незначительному расширению костно-мозгового канала бедренной кости. Среднее значение индекса сужения костно-мозгового канала по Noble равняется 2,5, что соответствует строению проксимального отдела бедренной кости форме «дымоходная труба». Показатели индекса Singh следующие: I – 2; II – 12; III – 15; IV – 3; V-VII – 0, что показывает значительное преобладание остеопении и остеопороза у исследуемой группы больных. В 11 случаях при медиальных переломах шейки бедренной кости и их последствиях индекс Singh не определялся. Количество пациентов с типом А по Dorr не определялось, с типом В составило 19 (44,2%) человек, с типом С – 23 (55,8%) человек. Индекс Споторно – Романьёли был рассчитан у 32 пациентов и в среднем составил 10,4 балла.

Выводы. Одним из самых важных этапов при планировании эндопротезирования тазобедренного сустава является выбор типа фиксации компонентов эндопротеза. В абсолютном большинстве случаев при эндопротезировании тазобедренного сустава на фоне остеопороза рекомендуется использование цементного типа фиксации. Данный тип фиксации предпочтителен и при наличии остеопении. Обычно двухплоскостное рентгеновское исследование помогает практикующему ортопеду определиться с выбором компонентов эндопротеза и типом их фиксации.

О.Гончарова

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра хирургии №1

Цель и задание. Улучшение качества жизни больных после выполнения органосохраняющих операций при раке прямой кишки.

Материалы и методы. Выбор оперативного метода лечения при раке прямой кишки является сложной задачей. Он зависит от локализации и распространенности опухолевого процесса, формы роста, морфологии опухоли, наличия или отсутствия лимфогенных и гематогенных метастазов, топографоанатомических особенностей органов таза и брюшной полости, общего состояния больного. Со времен первой операции по поводу рака прямой кишки и до настоящего времени широко обсуждается роль выше указанных факторов. В ходе нашего исследования было отмечено, что при стандартном лечении путем оперативном лечении, например при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки качество жизни с восстановлением около 2 лет, больной практически не контролирует удержание по колостоме. Современный сфинктеросохраняющий подход включает: низкую (супер-низкую) переднюю резекцию с/без колостомой, с коло-анальным анастомозом, с низведением сигмовидной кишки, применением аппаратных технологий, при этом нормализация удержания кала наступает уже через 3-5 месяцев, а после супер-низкой резекции, практически сразу. Помимо методики оперативного вмешательства при низких раках прямой кишки, большое значение уделяется лечению до операции, которое может сочетать в себе лучевую терапию и химиотерапию. Химиотерапия рака прямой кишки: используется для лечения метастазов рака прямой кишки и в целях профилактики микрометастазов. Применение лучевой терапии до операции может уменьшить опухоль и облегчить ее удаление, избежать наложения колостомы, а после операции – улучшить резуль-

таты лечения за счет снижения риска возникновения новой опухоли (рецидива) в месте операции.

Выводы. Сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки должны шире применяться, так как являются функционально щадящими, обоснованными с онкологических позиций, как способствующие более быстрой и качественной трудовой и социальной реабилитации – сохраняющие и даже повышающие качество жизни больных после комплексно-комбинированного, в том числе, хирургического лечения рака прямой кишки.

О.С.Загребельна, Б.В.Гузенко

ПОКАЗНИКИ СИНДРОМУ СИСТЕМНОЇ ВІДПОВІДІ НА ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З ГЛИБОКИМИ ПОШИРЕНИМИ ОПІКАМИ

Кафедра загальної хірургії

Метою дослідження було визначення ступеня розвитку синдрому системної відповіді (ССВЗ) на запалення та інтоксикаційного синдрому у хворих з поширеними глибокими опіками та опіковою хворобою (ОХ).

Обстежено 140 хворих, з них – 78 пацієнтів, з ранніми некректоміями опікових ран на 3–7 добу після одержання опіку і 62 хворих, з хірургічними втручаннями в більш пізній термін лікування. За статтю в обох групах переважали чоловіки – 85,29% та 88,71% відповідно. Вік хворих був у межах 18 - 60 років. В основній групі середній вік склав $38,71 \pm 1,32$ роки, у контрольній – $41,58 \pm 1,19$ років. Середня площа глибоких опіків $21,76 \pm 1,85\%$ поверхні тіла (п.т.) в основній групі і $23,74 \pm 1,81\%$ п.т. – в контрольній. Середнє значення індексу тяжкості ураження в основній групі $131,15 \pm 5,89$ умовних одиниць (у.о.), в групі порівняння – $119,37 \pm 6,79$ у.о.

Рівень розвитку ССВЗ визначали по кількості наявних ознак із 4-х можливих (Bone, 1991), в термін – 2-3, 7-8, 12-14 добу після отримання опіку і перед проведенням операції аутодермопластики ран.

Пацієнти обох груп отримували лікування відповідно до затверджених клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з опіками та їх наслідками.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній термін першої некректомії в основній групі склав $4,29 \pm 0,21$ доби (від 3 до 7 діб), а в контрольній – $16,42 \pm 1,05$ діб (від 8 до 34 доби) ($p < 0,05$). Серед одужавших пацієнтів в основній групі середній термін першої некректомії склав $4,16 \pm 0,23$ доби, а в контрольній групі – $16,28 \pm 1,00$ діб ($p < 0,05$). Перша АДП в основній групі виконувалася на $25,67 \pm 1,24$ добу, в контрольній групі – на $30,70 \pm 1,39$ добу ($p < 0,05$), що свідчить про достовірне скорочення терміну підготовки ран до пластики в основній групі на 16,38 %.

Летальність в основній групі склала $11,54 \pm 3,62\%$ (9 чоловік), що на 64,23% менше, ніж в контрольній – $32,26 \pm 5,94\%$ (20 чоловік) ($p < 0,05$). В гострій стадії ОХ (на протязі 2-х тижнів після опіку) в основній групі померло $3,61 \pm 2,05\%$ (3 хворих), а в контрольній – $16,67 \pm 4,59\%$ хворих (11 пацієнтів). Причинами летальності були опіковий сепсис і пневмонія.

Визначаючи ступінь розвитку ССВЗ було встановлено, що на 2-3 добу середній показник кількості ознак цього синдрому становив в основній групі $1,79 \pm 0,10$, у контрольній $2,28 \pm 0,13$ ($p < 0,05$). Серед пацієнтів, що одужали, ССВЗ склав в основній групі $1,73 \pm 0,11$, а в контрольній – $2,12 \pm 0,17$. Серед померлих хворих ССВЗ в основній групі рівнявся $2,11 \pm 0,20$, а в контрольній становив $2,50 \pm 0,22$.

На 7-8 добу показник ССВЗ становив в основній групі $2,24 \pm 0,13$, у контрольній $2,46 \pm 0,13$. Серед пацієнтів, що одужали, ССВЗ склав в основній групі $2,17 \pm 0,13$, а в контрольній – $2,17 \pm 0,14$. Серед померлих хворих ССВЗ в основній групі рівнявся $2,67 \pm 0,37$, а в контрольній становив $2,90 \pm 0,22$, що в обох групах свідчить про значну різницю рівня показників ССВЗ в порівнянні з одужуючими хворими ($p < 0,05$).

На 12-14 добу показник ССВЗ становив в основній групі $2,03 \pm 0,12$, у контрольній $2,53 \pm 0,13$ ($p < 0,05$). Серед пацієнтів, що одужали, ССВЗ склав в основній групі $1,94 \pm 0,13$, а в контрольній – $2,23 \pm 0,16$. Серед померлих хворих ССВЗ в основній групі рівнявся $2,71 \pm 0,36$, а в контрольній становив $3,13 \pm 0,15$, що значно відрізняється від показників одужуючих пацієнтів ($p < 0,05$).

Перед проведенням операцій аутодермопластики середній показник ССВЗ становив в основній групі $1,76 \pm 0,14$, у контрольній $2,29 \pm 0,16$. Серед пацієнтів, що одужали, ССВЗ склав в основній групі $1,59 \pm 0,13$, а в контрольній – $2,00 \pm 0,17$. Серед померлих хворих ССВЗ в основній групі рівнявся $3,17 \pm 0,40$, а в контрольній становив $3,38 \pm 0,18$, що вірогідно різниться з показниками ССВЗ одужуючих пацієнтів ($p < 0,05$).

Отже співставлення проявів ССВЗ в інтегрованому вигляді у хворих досліджуваних груп показало, що на протязі гострої стадії ОХ системна запальна відповідь у обпечених, яким було виконано ранні некректомії, була менш виразною і середні показники становили від 1,79 до 2,03 ознак з 4-х, що менше на 20 - 22% в порівнянні з контрольною групою.

Було встановлено, що на кінець гострої стадії ОХ, 12-14 добу після опіку, показники ССВЗ серед хворих основної групи вірогідно менші в 1,3 раз в порівнянні з контрольною групою. Серед обпечених, що одужали, тяжкість ССВЗ в 1,4 рази менша, ніж серед померлих пацієнтів в обох досліджуваних групах.

Висновки

1. Проведення раннього хірургічного лікування тяжкообпечених в термін на 3-7 добу після опіку, направлено на видалення некротизованих тканин та адекватне дренування поширених глибоких опікових ран, дозволяє знизити прояви синдрому системної відповіді на запалення, зменшує ризик розвитку інфекційно-септичних ускладнень у пацієнтів з опіковою хворобою.

2. З метою прогнозування можливості розвитку ускладнень інфекційно-запального генезу та ймовірної летальності доцільно проведення динамічного моніторингу тяжкості стану обпечених із визначенням кількості ознак синдрому системної відповіді на запалення.

3. В лікуванні опікової хвороби найбільше значення мають такі ускладнення інфекційно-запального генезу, як пневмонія і сепсис, що значно впливають на рівень летальності серед даного контингенту хворих.

Е.А.Ковбаса, А.Е.Олейник

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии и ортопедии

Тазобедренный сустав относится к числу наиболее важных сочленений, обеспечивающих гармонию движений тела человека. Поэтому, научная мысль ортопедов в течение столетий была направлена на создание адекватного его импланта. Однако, и не сегодняшний день все еще не создан эндопротез, способный полноценно воссоздать естественный аналог, обеспечив абсолютную безопасность и пожизненную долговечность. В силу ряда причин (асептическая нестабильность, износ конструкции, инфекционные осложнения и др.) требуется проведение ревизионного оперативного вмешательства для выявления и устранения причины нарушения функции эндопротеза. Учет и анализ проводимых ревизионных операций является необходимым аспектом деятельности ортопеда-травматолога, позволяющим выяснить причины развития осложнений, выбрать оптимальные подходы к предстоящим оперативным вмешательствам.

Цель работы. Проведение клиничко-статистического анализа выживаемости эндопротезов тазобедренного сустава за 10-летний период (2000-2010гг.) в группе пациентов, после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭП) в клинике ортопедии и травматологии областной больницы им.Мечникова.

Матеріали и методы. Группу наблюдения составили 2418 пациентов, после ТЭП тазобедренного сустава в период с 2000 по 2010 год. Бесцементный тип фиксации был применен для 2145 эндопротезов, цементный – для 273. Ревизионное оперативное вмешательство (РЭП) потребовалось в 76 случаях.

В зависимости от причины, по поводу которой проводилось РЭП, больные были отнесены к 4 группам: асептическая нестабильность ацетабулярного компонента; асептическая нестабильность бедренного компонента; некрсеквестрэктомия; удаление протеза.

Анализировалась структура фоновой патологии данной группы пациентов, так коксартроз наблюдался у 37,5 % больных, АНГБК – у 22,3%, диспластический коксартроз – у 9,3 % больных, дефекты и деформации тазобедренного сустава – у 22,1%, ревматоидный артрит – у 5%.

Для определения выживаемости эндопротезов были выделены следующие клинико-статистические группы:

- I. Общая выживаемость протезов
- II. Выживаемость бесцементных протезов
- III. Выживаемость цементных протезов
- IV. Выживаемость ацетабулярного компонента
- V. Выживаемость бедренного компонента.

Анализ выживаемости проводился методом множительных оценок Каплана-Мейера, основанном на расчете вероятности пережить определенный момент времени и исключающем из под наблюдения выбывших пациентов (пациентов, перенесших ревизионную операцию). Применялись статистические методы расчета стандартных ошибок и 95% доверительных интервалов.

Результаты. В I клинико-статистической группе (общая выживаемость) первично оперировано 2418 суставов, ревизионных вмешательств – 76, выживаемость составила – $96,2\% \pm 0,4\%$, первый пик ревизий приходится на 7-летний срок. Во II группе (выживаемость бесцементных протезов) ТЭП подверглись 2145 суставов, ревизионных вмешательств - 53, выживаемость – $97,1\% \pm 0,64\%$, первый пик ревизий приходится на 5-летний срок. В III группе (выживаемость цементных протезов) проведено 273 ТЭП, 19 ревизионных вмешательств, выживаемость – $91,2\% \pm 2,9\%$, первый пик ревизий приходится на - 3-летний срок. В IV группе (выживаемость ацетабулярного компонента) первично установлено 2418 чашек эндопротезов, ревизионных вмешательств - 25, выживаемость – $98,1\% \pm 0,4\%$, первый пик ревизий приходится на 6-летний срок. В V группе (выживаемость бедренного компонента) первично установлено 2418 ножек эндопротезов, проведено 32 ревизионных операций, выживаемость составила – $97,9\% \pm 0,5\%$, первый пик ревизий приходится на 5-летний срок.

В структуре ревизионных операций по причине их проведения 32,8% составили вмешательства по поводу асептической нестабильности ацетабулярного компонента, 42,1% - по поводу асептической нестабильности бедренного компонента, 56,6% - в связи с некрсеквестрэктомией, 6,5% - по поводу удаления протеза.

Выводы

1. Общая выживаемость в исследуемой группе больных составила $96,2\% \pm 0,4\%$, что соответствует европейским регистрам эндопротезирования, а в отдельных случаях и превышает европейские показатели.

2. Выживаемость бесцементных выше таковой чем у цементных эндопротезов.

3. При бесцементном эндопротезировании первый пик ревизий приходится на 5-летний срок, а при цементном – на 3-летний после оперативного вмешательства.

4. Общая выживаемость ацетабулярного и бедренного компонентов сопоставима в исследуемой выборке.

Є.Б.Міщук, Б.В.Гузенко

ВПЛИВ ФАКТОРІ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК СЕПСИСУ У ХВОРИХ З ОПІКОВОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра загальної хірургії

Вступ. Результати лікування пацієнтів з поширеними та критичними опіками за площею ураження шкіри на сьогодні ще не можуть бути визнані задовільними. Незважаючи на певний прогрес в лікуванні такого контингенту травмованих завдяки обґрунтуванню та широкому застосуванню в останні роки раннього хірургічного лікування по відновленню втраченого шкіряного покриву у тяжкообпечених, у таких пацієнтів розвиваються ускладнення інфекційно-запального генезу, які спричиняють високу летальність серед тяжкообпечених – до 22 - 48%. Найтяжчим ускладненням є опіковий сепсис, особливо якщо він розвивається в ранній термін гострої стадії опікової хвороби (ОХ), протягом перших 7-14 діб після отримання опіку. Тому пацієнти з тяжкими опіками потребують прогнозування можливості розвитку септичних ускладнень ОХ.

Мета. Визначити фактори ризику, що впливають на можливість розвитку сепсису у обпечених хворих.

Матеріали і методи. Перша досліджувана група (основна) становила 78 пацієнтів, проводилось хірургічне лікування з видаленням некротизованих тканин на 3–7 добу після одержання опіку. Друга група (контрольна) – 62 хворих, яким з різних причин виконувалися хірургічні втручання в більш пізній термін лікування. За статтю в обох групах переважали чоловіки – 85,29% та 88,71% відповідно. В основній групі середній вік склав $38,71 \pm 1,32$ роки, у контрольній групі – $41,58 \pm 1,19$ років. Опіки полум'ям отримали 76 пацієнтів (97,44%) в основній групі та 59 хворих (95,16%) в контрольній групі. Розвиток опікової хвороби спостерігався у всього досліджуваного контингенту – 140 хворих. Середнє значення загальної площі опіку в основній групі склало $45,47 \pm 1,91\%$ поверхні тіла (п.т.), а в контрольній – $40,03 \pm 2,29\%$ п.т. Середня площа глибоких опіків відповідно була $21,76 \pm 1,85\%$ п.т. і $23,74 \pm 1,81\%$ п.т. В основній групі опік дихальних шляхів (ОДШ) був виявлений в 41 хворого (52,56 \pm 5,65%), а в контрольній – у 27 пацієнтів (43,55 \pm 6,30%). Розподіл ступенів тяжкості ОДШ в основній та контрольній групах був наступний: легкий ступінь ОДШ – у 31,71% і 37,04%, середня тяжкість ОДШ – у 56,10% і 44,44%, тяжкий ступінь ОДШ – у 12,20% і 18,52% відповідно. Для оцінки тяжкості опікової травми використовували індекс тяжкості ураження (ІТУ). Середнє значення ІТУ в основній групі – $131,15 \pm 5,89$ балів, а в групі порівняння – $119,37 \pm 6,79$ балів.

Результати та їх обговорення. Серед пацієнтів досліджуваного контингенту (n=140) сепсис діагностували у 36 (25,71 \pm 3,69%) хворих, серед яких 10 (27,78%) випадків зафіксовано в гострій стадії ОХ. В основній групі сепсис зустрічався у 13 (16,67 \pm 4,22%) пацієнтів, серед яких 4 (30,77%) випадків зафіксовано в гострій стадії ОХ, а в контрольній групі – у 23 (37,10 \pm 6,13%) хворих, серед яких 6 (26,09%) випадків діагностовано в гострій стадії ОХ, що вірогідно відрізняється від показника основної групи (p<0,05). В підгрупі з ІТУ 60-90 од. сепсис не діагностовано в основній групі, в контрольній – в 18,18 \pm 8,22% хворих (p<0,05). В підгрупі з ІТУ>90 од. сепсис діагностували в основній групі в 23,21 \pm 5,64% пацієнтів, в контрольній – в 47,50 \pm 7,90% потерпілих, з вірогідною відмінністю між групами (p<0,05). Серед хворих, що одужали сепсис діагностовано в основній групі в 7,25 \pm 3,12%, в контрольній – в 11,90 \pm 5,00% обпалених. Серед померлих хворих сепсис діагностували в основній групі у 88,89 \pm 10,48% пацієнтів, в контрольній – у 90,00 \pm 6,71% потерпілих.

У обпечених основної групи віком понад 45 років розвиток септичних ускладнень був в 2,9 рази частіше, ніж у хворих більш молодшого віку, і становить близько 43% серед потерпілих цієї вікової категорії, що підкреслює більший вплив старшого віку хворих на частоту розвитку сепсису під час виконання ранніх некректомій глибоких опіків (p<0,05). Серед хворих

контрольної групи в вікових категоріях 18-30 років, 31-45 років та 46-60 років співвідношення кількості септичних ускладнень вірогідно не відрізнялося.

При визначенні впливу ступеня тяжкості отриманої травми на розвиток септичних ускладнень встановили, що в основній групі при ІТУ 60-90 одиниць частота сепсису становила $4,55 \pm 4,44\%$ випадків, при ІТУ понад 90 одиниць – у $32,14 \pm 6,24\%$ пацієнтів, що в 7 разів вище за попередню підгрупу ($p < 0,05$). В контрольній групі при ІТУ 60-90 одиниць частота розвитку інфекційно-септичних ускладнень серед хворих становила $21,74 \pm 8,60\%$, а при ІТУ більше 90 одиниць – ускладнення діагностували у $56,41 \pm 7,94\%$ пацієнтів, що в 2,6 рази більше за попередню підгрупу ($p < 0,05$).

При загальній площі опіку понад 40% п.т. кількість випадків септичних ускладнень в обох досліджуваних групах в 1,7 рази більше, ніж серед хворих з меншою площею опіку.

При глибокому опіку ІІБ-ІV ступеню понад 25% п.т. значно збільшується кількість випадків сепсису серед хворих основній групі – в 2,4 рази, в контрольній групі – в 1,6 рази.

При площі глибокого опіку понад 40% п.т. в основній групі частота септичних ускладнень становила 78%, а в контрольній групі – 100% ($p < 0,05$).

Було виявлено значиме збільшення частоти розвитку септичних ускладнень серед потерпілих з підвищенням ступеню тяжкості ОДШ. В основній групі серед обпечених з легким ступенем ОДШ інфекційно-септичних ускладнень не було, серед хворих з ОДШ середнього ступеню тяжкості УІЗГ діагностували в $26,09 \pm 9,16\%$ потерпілих, у пацієнтів з тяжким ступенем ОДШ інфекційно-септичні ускладнення були виявлені в $40,0 \pm 21,91\%$ випадків, що в 1,5 раз більше, ніж в попередній підгрупі.

Серед хворих контрольної групи у пацієнтів з ОДШ легкого ступеня інфекційно-септичні ускладнення виявлялися в $5,0 \pm 15,81\%$, при ОДШ середнього ступеня тяжкості – в $41,67 \pm 14,23\%$ випадків і серед хворих з тяжким ОДШ – у $60,0 \pm 21,91\%$ пацієнтів відповідних підгруп.

Отже, до факторів ризику розвитку загальних УІЗГ під час раннього хірургічного лікування тяжкообпечених можна віднести вік обпечених понад 45 років, загальну площу опіку ІІ АБ ступеню понад 40% п.т., площу глибокого опіку ІІБ-ІV ступеню понад 25% п.т., індекс тяжкості ураження більше 90 одиниць та наявність опіку дихальних шляхів середнього та тяжкого ступеню.

Аналізуючи летальність серед обпечених обох груп, ми з'ясували, що в основній групі померло 9 хворих ($11,54 \pm 3,62\%$), в той час як в контрольній значно більше – 20 пацієнтів ($32,26 \pm 5,94\%$), отже летальність була достовірно нижча в основній групі на 64,23% ($p < 0,05$).

В гострій стадії ОХ в основній групі померло 3 обпечених, а в контрольній – 8 хворих (відповідно $33,33 \pm 15,71\%$ та $40,0 \pm 10,95\%$ від загальної кількості летальних випадків в досліджуваних групах). Ми проаналізували показники летальності серед обпечених хворих в досліджуваних групах в залежності від тяжкості отриманої опікової травми.

В підгрупі з ІТУ 60-90 од. основної групи летальних випадків не було, а в контрольній померли 3 обпечених ($13,64 \pm 7,32\%$). В підгрупі з ІТУ > 90 од. в основній групі летальність становила $16,07 \pm 4,91\%$ (9 хворих), а в контрольній вірогідно значно більше – $42,50 \pm 7,92\%$ (17 потерпілих) ($p < 0,05$).

Також було проаналізовано летальність в залежності від площі глибоких опіків. У пацієнтів з площею глибокого опіку 11-25% та 26-40%, котрим було виконано некректомії в ранні терміни після опіку, летальність була достовірно нижча на 73,54% та 87,40% ($p < 0,05$) відповідно, ніж у хворих контрольної групи. В підгрупах пацієнтів з обмеженими глибокими опіками до 10% площі тіла та надкритичною площею глибоких опіків $> 40\%$ достовірної різниці кількості летальних випадків в досліджуваних групах не виявлено.

Серед 9 померлих пацієнтів основної сепсис діагностували в 89% (8 хворих), а в контрольній групі серед 20 померлих пацієнтів – в 90% (18 хворих), що підкреслює ведуче значення сепсису серед причин смертності тяжкообпечених хворих.

Висновки

1. У тяжкообпечених хворих септичні ускладнення є провідними серед причин летальності.
2. Виявлено, що основними факторами ризику ускладнень інфекційно-запального генезу серед тяжкообпечених є загальна площа опіку III АБ ступеня понад 40% та площа глибокого опіку понад 25% поверхні тіла, а також вік понад 45 років, опік дихальних шляхів середнього та тяжкого ступеня і індекс тяжкості ураження більше 90 умовних одиниць.
3. Встановлено, що проведення раннього хірургічного лікування тяжкообпечених в термін 3-7 доба після опіку, направлено на видалення некротизованих тканин та адекватного дренирування поширених опікових ран, значно зменшує ризик розвитку інфекційно-септичних ускладнень.

І.І.Петрашенко

ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ

Кафедра хірургії №2

Проблема діагностики та своєчасного лікування гострих хірургічних захворювань у вагітних до теперішнього часу залишається актуальною, так як пізня діагностика і, відповідно, оперативне втручання сприяють зростанню материнської та перинатальної смертності. Несприятливо те, що при гострих хірургічних захворюваннях черева у вагітних частота передчасних пологів складає 5-17% і може досягати 50%, а частота переривання вагітності коливається в межах 20-35%. Материнська смертність досягає 1-2%, перинатальні втрати складають 2-17% і зростають до 19,7-50% при ускладнених формах гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. В загальній структурі гострих хірургічних захворювань вагоме положення займають такі захворювання, як гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит. Діагностичні і тактичні помилки при гострому череві у вагітних обумовлені тим, що прогресуюча вагітність змінює характерні клінічні симптоми гострих хірургічних захворювань черевної порожнини, а традиційні методи дослідження бувають недостатньо інформативними.

Стертість і варіабельність клінічної картини гострих хірургічних захворювань черевної порожнини під час вагітності, важкість інтерпретації даних об'єктивного дослідження та низька інформативність загальноприйнятих традиційних методів діагностики спонукають до застосування більш раціональних методів дослідження. Широке впровадження в клінічну практику малоінвазивної відеохірургічної технології показало її високу інформативність, малу травматичність, значне зниження інтенсивності післяопераційного больового синдрому, швидке встановлення фізіологічних функцій організму, скорочення тривалості стаціонарного лікування, а також високі косметологічні результати, що дозволяє вважати ендовідеохірургічні операції надійною альтернативою традиційним методам хірургічного втручання. До теперішнього часу немає єдиної думки про ефективність застосування відеолапароскопії під час вагітності. Деякі автори вважають лапароскопію агресивною процедурою, що супроводжуються розвитком ускладнень пов'язаних з анестезією, з небезпекою ушкодження матки, недостатньою візуалізацією за рахунок збільшеної матки і небезпека гіпоксії плоду при використанні карбоксиперитонеуму.

Однак в останній час в літературі з'явилась велика кількість публікацій про ефективність використання відеолапароскопії в діагностиці і лікуванні гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних на всіх строках гестації з мінімальними ускладненнями.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування лапароскопічних операцій в діагностиці і лікуванні гострої абдомінальної патології на різних строках вагітності.

Матеріали і методи. Робота базується на результатах аналізу діагностики і лікування гострої абдомінальної патології у 42 жінок з різними строками вагітності за період з 2010 по

2013 р. Вік жінок коливався в межах від 18 до 40 років, а строки вагітності – від 10 до 34 тижнів. В I триместрі поступило 12 жінок (28,57%), в II триместрі – 25 (59,52%), в III триместрі – 5 (11,91%). У 19 з них був гострий катаральний апендицит, у 15 – флегмонозний, у 2 – гангренозний з явищами місцевого необмеженого серозного перитоніту, у 4 – гострий флегмонозний калькульозний холецистит, у 1 – гострий катаральний калькульозний холецистит, у 1 – хронічний калькульозний холецистит, кіста яєчника праворуч. Протокол обстеження включав традиційні клініко-лабораторні і сучасні малоінвазивні (відеолапароскопія) та неінвазивні методи дослідження (УЗД).

Всі операції були проведені під загальним знеболенням. У хворих в I триместрі вагітності перший 10 мм троакар вводили під пупком. Во II і III триместрах вагітності застосовували метод відкритої лапароскопії Hassen і перший троакар вводили в епігастрії по середній лінії або нижче і праворуч мечоподібного відростку груднини. Тиск вуглекислого газу в черевній порожнині підтримували на рівні 10-12 мм рт.ст.

Результати та їх обговорення. Характерна клінічна симптоматика була достатньою для встановлення кінцевого діагнозу гострого апендициту без додаткових методів дослідження у 8 з 36 вагітних, хоча у 5 з них при УЗД черевної порожнини були виявлені непрямі ехоскопічні ознаки гострого апендициту (наявність ексудату або інфільтрату в клубовій ямці праворуч). Їм була виконана традиційна лапаротомія: флегмонозний апендицит виявлений у 7, гангренозний – у 1 вагітної. Строки стаціонарного лікування в післяопераційному періоді склали 8-9 діб у 6 хворих, 10-14 діб – у 2. Пологи природним шляхом відбулися у 7 жінок, оцінка за шкалою Апгар складала 7-8 балів, одній роділлі зроблено кесарів розтин (в неї вся вагітність перебігала з загрозою переривання) в зв'язку з гострим дистресом плоду, дитина народилась з ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку, малою масою (від 2500 до 2600 гр.) і оцінкою за шкалою Апгар 5-7 балів.

Решті 34 вагітним (80,95%) після проведення діагностичної відеолапароскопії, яка виявилась інформативною в усіх випадках, була проведена оперативна лапароскопія. Огляд органів черевної порожнини забезпечував можливість виявлення характеру і локалізації патологічного процесу незалежно від строку вагітності. В I і II триместрах вагітності збільшена матка не спричиняла значних труднощів при проведенні апендектомії з застосуванням ендовідеохірургічних технологій. Розміри матки в III триместрі вимагали додержуватись особливої обережності при формуванні додаткових портів в черевній стінці і суттєво обмежували проведення маніпуляцій в нижньому і середньому поверсі черевної порожнини.

При виконанні лапароскопічних холецистектомій в такіж строки вагітності розміри матки суттєво не заважали. Не дивлячись на це, одна з трьох ургентних операцій потребувала конверсії в зв'язку наявності хрящеподібного інфільтрату біля гепатодуоденальної зв'язки і була закінчена традиційним шляхом крізь доступ за Федоровим. В одному випадку лапароскопічна холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холециститу була виконана в якості симультанної операції у хворой з кістою яєчника праворуч на фоні вагітності строком 27 тижнів. Післяопераційний період у цих вагітних перебігав гладко. В жодному випадку не відмічалось ускладнень з боку черевної порожнини або черевної стінки, явищ загрози переривання вагітності. Всі вагітні були виписані на 4-5 добу після операції із хірургічного стаціонару на амбулаторне лікування або переведені в гінекологічне відділення.

З 34 хворих, що перенесли лапароскопічну апендектомію у 20 вагітність закінчилась фізіологічними пологамі через природні пологові шляхи в 37-40 тижнів. Новонароджені народились з оцінкою за шкалою Апгар від 7 до 9 балів, масою від 2750 до 3900 гр. Затримки внутрішньоутробного розвитку, гострого чи хронічного дистресу плода не спостерігалось. В одному випадку вагітна віком 39 років, що перенесла лапароскопічну апендектомію з приводу гострого гангренозного апендициту і місцевого серозно-фіброзного перитоніту у II триместрі, було проведено родорозрішення шляхом операції кесаревого розтину в 40 тижнів вагітності в зв'язку з тривалим безпліддям, а також з настанням вагітності після екстракорпорального запліднення. Маса новонародженого 3900, розвивається добре. У 13 жінок вагітність збережена і триває.

Висновки. Таким чином, ендовідеохірургічні втручання мають всі достоїнства малоінвазивних операцій та істотні переваги перед традиційними. Застосування відеоторакоскопії дозволяє знизити частоту хірургічних та акушерських ускладнень, кількісь перинатальних втрат і саме тому можуть бути широко використані в діагностиці і лікуванні вагітних при гострій абдомінальній патології.

В.В.Пімахов, К.О.Денісова

ВІДЕОТОРАКОСКОПІЯ ПРИ ПОЄДНАНИХ УШКОДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

Кафедра хірургії №2

Мета дослідження - поліпшити результати лікування хворих з множинною і поєднаною травмою грудей.

Матеріал і методи. У нашій клініці з 2009 по 2013 р. перебували на лікуванні 136 постраждалих з різними ушкодженнями органів грудей, в тому числі і на тлі політравми (73%). Середній вік постраждалих становить 41,2 року (від 17 до 83 років). Чоловіки - 61%, жінки - 39%. Проникаючі поранення грудної стінки спостерігалися у 21,5% випадків, закриті травми грудної стінки - у 78,5%. У 32,2 % випадків ушкодження грудної клітини були поєднані з черепно-мозковою травмою, у 29,8 % - з ураженням скелету, у 28 % - органів черевної порожнини та заочеревинного простору. У 10,2 % постраждалих спостерігалось поєднання торакальної травми із ушкодженням двох та більше анатомічних ділянок.

Результати дослідження. Відеоторакоскопія (ВТС) при травмі грудної клітини з пошкодженням органів грудної клітини виконувалася потерпілим при умовах стабільної гемодинаміки та дихання.

При проникаючих пораненнях грудної порожнини у постраждалих в 47% випадків пневмоторакс мав місце у 48,7%, гемоторакс – у 27,9%, комбінація цих ускладнень – у 23,4 %. При ВТС у цієї категорії постраждалих діагностовано поранення легені у 59,4% випадків, міжреберних судин – у 23,2%, діафрагми – у 9,1%, поранення серця і перикарда у 8%.

Під час ВТС у постраждалих із закритою травмою грудної клітини було діагностовано: ателектаз частки легені – в 25,3% випадках; переломи ребер, проникаючих в плевральну порожнину - в 17,6%; пошкодження міжреберних судин – в 12,4%; рани легені - в 10,7 %, субплевральні і інтрапульмональні гематоми – в 8,4%, контузія легені – в 9,3%, гемоторакс, що згорнувся – у 20,6%; пошкодження діафрагми – у 7,4%, посттравматична емфізема легені – у 4,3%. Лікувальні заходи при ВТС у 67,3% постраждалих з пошкодженням органів грудної клітини проводилися відразу після їх діагностики і полягали в зупинці кровотечі шляхом коагуляції судин, пункцією і розкриттям інтрапульмональних і субплевральних гематом, ушивання ран легені, усуненні напруженої емфіземи середостіння, секвестрування і видаленні згорнутого гемотораксу, для аеростаз, використовували накладення S-образного шва або петлі Редера на пошкоджену ділянку легені. Всі ВТС закінчувалися санацією плевральної порожнини і іригаційне-аспіраційним дренажуванням.

Висновки. Використання ВТС в 67,3% випадків дозволило уникнути торакотомії у найбільш важкого контингенту пацієнтів і таким чином уникнути післяопераційних ускладнень і знизити летальність у цієї категорії постраждалих.

В.В.Пімахов, К.О.Денісова

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ПОЄДНОНОЇ ТРАВМИ ГРУДЕЙ І ЖИВОТА З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Кафедра хірургії №2

Мета дослідження. Поліпшити результати діагностики та лікування поєднаної травми грудей і живота шляхом застосування ендовідеохірургічних технологій

Матеріали і методи. У нашій клініці з 2010 по 2012 р., у 105 хворих в ході діагностики та / або лікування поєднаної травми грудей і живота були застосовані ендовідеохірургічні технології, які склали І групу. Для порівняльного аналізу були взяті результати діагностики та лікування 127 хворих (ІІ група) з травмою органів грудної клітини та черевної порожнини, для діагностики та лікування яких були застосовані традиційні алгоритми. Групи були співставні за віком, характером пошкоджень і тяжкістю вихідного стану. У 32 (66,7%) випадках ендовідеохірургічні оперативні втручання були виконані з приводу поранень грудної клітини, 16 (33,3%) операцій були виконані з приводу закритої травми грудної клітини. У 57 (24,6%) пацієнтів з абдомінальною травмою як під час діагностики, так і під час хірургічного лікування були застосовані ендовідеохірургічні технології.

Результати. Чутливість діагностичної торако- та лапароскопії склала по 100%; специфічність відповідно 75 і 83,3%; точність відповідно 95,8 і 91,2%. Діагностичні ендовідеохірургічні операції тривали в середньому $14,83 \pm 4,32$ хв. В основній групі зафіксовано 5 (2,1%) ускладнень: 4 – у вигляді посттравматичної пневмонії, в 1 випадку післяопераційний період ускладнився плевритом. У ІІ групі зареєстровано 14 (6,0%) ускладнень в післяопераційному періоді, з них у 5 (1,3%) випадках - рання злукова кишкова непрохідність, в 2 (0,9%) випадках - розвиток реактивного панкреатиту. Хворі змогли вставати з ліжка, обслуговувати себе вже в середньому через $8,37 \pm 3,48$ год.; при виконанні операцій за допомогою відкритого оперативного доступу хворі змогли вставати з ліжка, обслуговувати себе в середньому через $18,21 \pm 5,35$ год.

Висновок. Застосування ендовідеохірургічних технологій дозволило скоротити терміни активізації пацієнтів в післяопераційному періоді в середньому в 2,1 рази, і знизити частоту ускладнень в середньому в 2,6 рази.

В.А.Чайка, И.И.Петрашенко

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Ежегодно просматривается тенденция к увеличению частоты травматических повреждений. Пострадавшими чаще всего становятся люди работоспособного возраста, что в сочетании с высокой летальностью и значительными сроками лечения имеет большое социальное значение. Важным аспектом травматизма в наше время является увеличение удельного веса множественных и сочетанных повреждений. В общей структуре травматизма повреждения живота по данным разных авторов составляет от 45 до 85%. Являясь наиболее тяжёлым в прогностическом аспекте, сочетание абдоминальной и черепно-мозговой травмы (ЧМТ) занимает особое место в структуре сочетанной травмы. Летальность при данном виде повреждения достигает 60-80%. Это обусловлено в первую очередь не массивным поражением нескольких анатомических областей человека, а сочетанием взаимовлияющих друг на друга патофизиологических механизмов. Высокая частота диагностических ошибок – 20-45%, отсутствие единой тактики ведения, чёт-

ких критериев диагностики и лечения больных данной категории свидетельствуют о важности изучаемого вопроса.

Целью работы является ретроспективный анализ эффективности различных методов диагностики внутрибрюшных повреждений у пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой (СКАТ).

Материалы и методы. Нами проведена оценка оказания помощи 165 пострадавшим с закрытыми повреждениями брюшной полости в сочетании с черепно-мозговой травмой, экстренно госпитализированных в отделение интенсивной терапии городской клинической больницы №16 г. Днепропетровска в период с 2007 по 2011 гг.

Из общего числа пострадавших мужчин было 138 (83,6%), женщин – 27 (16,4%). Возраст варьировал от 18 до 81 года и составил в среднем $42,7 \pm 5,6$. Пострадавших трудоспособного возраста было 128 человек, что составило 77,6%. Распределение пострадавших по механизму получения травмы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пострадавших по механизму травмы

Механизм травмы	Число пострадавших	
	Абс.	%
Дорожно-транспортное происшествие	85	51,5
Избиение	36	21,8
Кататравма	17	10,3
Падение с высоты роста	15	9,1
Производственная	6	3,6
Рельсовая	4	2,4
Неизвестен	2	1,3
Всего	165	100

Из 165 пострадавших 41 (24,8%) доставлены в состоянии алкогольного опьянения.

Среди повреждений органов живота преобладала травма селезенки – 104 случая (63,0%). Повреждения печени были у 12 (7,3%) пострадавших. Разрывы различных участков кишечника были отмечены у 7 (4,2%) больных; повреждение брыжейки – у 10 (6,1%) пациентов; мочевого пузыря – у 12 (7,3%); почек – у 5 (3,0%); диафрагмы – у 10 (6,1%). Гемоперитонеум был выявлен у 148 пациентов (89,7%).

Результаты и их обсуждение. Дефицит объема циркулирующей крови у пострадавших определяли, учитывая комплекс клинических и лабораторных показателей (АД, ЧСС, шоковый индекс Альговера, гематокрит, эритроциты, гемоглобин) и он составил до 1000 мл у 65 (39,4%) больных, 1000-1500 мл – у 80 (48,5%) и выше 1500мл – у 20 (12,1%) пострадавших. Отсутствие признаков выраженной анемии в раннем периоде, наряду с отсутствием симптомов поражения ОБП, у 5 (3,0%) больных стало причиной поздней диагностики внутрибрюшного кровотечения. В результате проведенного анализа было выявлено, что из 100 больных с кровопотерей свыше 1000 мл (60,6%) только у 78 (47,3%) наблюдалась тахикардия и снижение артериального давления. У остальных 22 (13,3%) пациентов была тенденция к брадикардии и артериальной гипертензии, что указывает на патогенетическую взаимосвязь между закрытой абдоминальной травмой и черепно-мозговой травмой.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости применялось во всех 165 случаях, являясь скрининговым методом диагностики. Так у 126 пациентов (76,4%) оно позволило обнаружить свободную жидкость в брюшной полости, а также в 14 случаях (8,5%) были выявлены подкапсульные гематомы селезенки и печени. В сомнительных случаях проводился динамический УЗИ – контроль, благодаря которому в 2 случаях (1,2%) своевременно выработаны показания к операции по поводу двухмоментного разрыва селезенки. У 114 (69,1%) пострадавших УЗИ позволило предположить причину внутрибрюшного кровотечения. Метод УЗИ оказался малоинформативным для диагностики повреждения полых органов в 5 (3,0%) случаях.

Таким образом чувствительность УЗИ при повреждении полых органов составила 28,6%. Чувствительность УЗИ метода при повреждении паренхиматозных органов составила 94,6%. Точность метода УЗИ в целом составила 87,3%. В 3 случаях были зафиксированы ложноположительные результаты и специфичность метода в целом составила 87,5%.

108 больным (65,5%) выполнялась рентгенография органов брюшной полости в положении стоя или латеропозиции. Остальным 57 (34,5%) пациентам с нестабильной гемодинамикой либо с заранее установленным повреждением органов брюшной полости данное исследование не проводилось. Данный метод показал низкую диагностическую ценность при данной патологии. У 9 пациентов (8,3%) было обнаружено наличие свободного газа в брюшной полости, у 42 (38,9%) удалось определить косвенные признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости. Ложноположительных случаев при использовании рентгенографии брюшной полости нами зафиксировано не было. По нашим данным точность R-ё ОБП составила 47,2%. Чувствительность метода составила 47,2 %, а его специфичность – 100%.

Решающим для уточнения характера патологического содержимого брюшной полости являлось выполнение диагностического перитонеального лаважа. Так в 120 (72,7%) случаях было подтверждено наличие внутрибрюшного кровотечения. В сомнительных случаях полученная жидкость отправлялась на цитологическое исследование, в результате чего в 3 случаях (1,9%) удалось заподозрить инфицирование брюшной полости. Осложнений при проведении лапароцентеза нами выявлено не было. Точность метода в целом составила 91,5%. Чувствительность метода при наличии гемоперитонеума составила 98,2%, для поражения полых органов - 42,9%. Было зарегистрировано 4 (2,4%) ложноположительных результата, в результате загрязнения вводимой жидкости проводниковой кровью. Специфичность метода в целом составила 80,1%.

Выводы. Таким образом, множественные повреждения, наблюдаемые при СКАТ, оказывают взаимоотношающее влияние, маскируя и изменяя характерные для изолированных травм симптомы повреждения органов брюшной полости. Учитывая объективные данные качества простых и информативных методов диагностики, точность которых не превышает 91,5%, а специфичность для не которых повреждений колеблется в пределах 40%, необходим поиск более новых и совершенных. Для диагностики и лечения СКАТ мы видим необходимость применения более технологичных, малоинвазивных технологий, которые бы снизили травматичность оперативных вмешательств и повысили диагностику внутрибрюшной катастрофы.

Алфавітний авторський покажчик

Авраменко О.А. ...74
 Алексеева Е.В. ...93
 Алексюк В.О. ...185
 Асеев А.И. ...102, 102, 104, 104
 Бабец А.А. ...179, 180
 Баглаев О.С. ...146
 Бадогина Л.П. ...110
 Байдаченко Н.П. ...106
 Бакурідзе-Маніна В.Б. ...136
 Балинова В.И. ...154
 Бараннік К.С. ...165
 Баранова А.А. ...31, 65
 Барсукова Е.Ю. ...32
 Башмаков Д.Г. ...68
 Беззук О. ...117
 Безпалюк И.В. ...66
 Безсмертная З.В. ...34
 Белокуров Г.В. ...44
 Беседа А.В. ...146
 Бибикова В.Н. ...76,77
 Болонская А.В. ...36
 Бондаренко В.С. ...104
 Бондаренко І.М. ...104
 Бондарюк Л.Н. ...184
 Бочаров А.О. ...38
 Братусь Е.В. ...44
 Бржезовский В.Э. ...7
 Брындигов М. ...76
 Буряк Т.А. ...39
 Буяльская А.А. ...90, 90
 Вакуленко А.В. ...111
 Вакуленко Л.И. ...111, 111
 Варун О.Е. ...34
 Васильченко Е.В. ...190
 Ватченко А.А. ...90, 90
 Верещака Ю.А. ...91
 Віленський Я.В. ...175
 Вітрук А.Ю. ...51
 Волобуева М. ...180
 Ганжа Г.В. ...8
 Генсирук С. ...136
 Гетман Ю.В. ...98
 Гладченко Є.В. ...58
 Голокозова А.Н. ...108
 Голота П.П. ...42
 Гончарова О. ...166, 191
 Горач Н.В. ...158
 Горб А.В. ...40
 Гордийчук Е.И. ...43

Грабовская Є.Г. ...156
Грек Л.П. ...15, 20
Гриб М.В. ...183
Гриценко В.І. ...158
Гудыменко Е.А. ...146
Гузенко Б.В. ...192, 195
Гулиев А. ...180
Давтян В. ...181
Даниленко В.І. ...77
Деев В.В. ...112
Демин С.Г. ...44, 47
Денісова К.О. ...199, 200
Дерновой В.В. ...168
Дзюбенко Г.Д. ...102
Дмитриев А.Ю. ...154
Дмитриева Ю. ...149
Дмитришин Н. ...166
Дубовская Н.В. ...170
Дубоссарская З.М. ...8, 10
Дубоссарская Ю.А. ...11, 19
Дука Ю.М. ...13, 17, 23
Дунаева М.В. ...93, 94
Дяговець К.І. ...79
Ельхажж М.Х. ...104, 104
Ешкова Ю.В. ...36
Єрмолаєва М.Л. ...83, 113
Жержова Т.А. ...16, 24
Живица Е.В. ...40
Жигайлова А.С. ...151
Журавель В.В. ...44
Завізіон В.Ф. ...104
Загребельна О.С. ...192
Задорожна О.С. ...86
Зайцев А.В. ...108
Землянская Ю.Е. ...182, 189
Золотарев Д.Л. ...10
Игнатенко Т.В. ...96
Іванченко М.В. ...79, 81
Ільєва Г.В. ...58
Ільченко А.О. ...114, 114, 118
Калиневич А.Е. ...67
Каракоцкая В.В. ...111
Клопоцкая Н.Г. ...96
Клопоцкий Г.А. ...83
Клочков И.Д. ...183
Коваленко Т.Ю. ...122, 128, 133, 134
Коваль В.В. ...55
Коваль И.С. ...184
Коваль О.М. ...73, 74
Коваль С.В. ...184
Ковальчук Я.С. ...23
Ковбаса Е.А. ...193

Ковтуненко А.В. ...106
 Козлова Ю.В. ...83, 84, 85
 Колдунов В.В. ...86, 86
 Кравец О.В. ...40
 Кречетова И.Г. ...86
 Кривой В.А. ...26
 Кривчук О. ...150
 Крижановський Д.Г. ...175
 Крупенко Н.А. ...53
 Кузюк А.В. ...59, 79
 Кукина Г.А. ...11, 23
 Кулагін О.О. ...55
 Лаврова А.И. ...73, 74
 Лаврут Д.И. ...21, 24
 Ламза Н.В. ...108
 Лебедюк В.В. ...7, 22
 Левченко О.А. ...137
 Левых Д.В. ...157
 Лещенко С.А. ...46
 Ли А.Р. ...184
 Лисненко А.И. ...50
 Лисничая В.Н. ...45
 Литвин А.В. ...81, 87
 Лихолєтов Є.О. ...55
 Лиюнь Фан ...110
 Логвинов С.Д. ...116
 Локоткова Т.А. ...123
 Лук'яненко Д.М. ...185
 Маврутенков В.В. ...70
 Майденко Е.Н. ...90, 90, 93
 Малая И.В. ...46
 Мальчугин Р.К. ...72, 150
 Мамедова И.Ш. ...13, 24
 Мамедова К.Д. ...26
 Маняхин Е.Ю. ...7
 Марина О.Ю. ...83, 116
 Марциник Е.Н. ...137
 Марциновская М.С. ...15
 Марченко А.Д. ...186
 Матвеев Р.Ю. ...151
 Машенко Ю. ...186
 Мельничук З.М. ...47
 Мельничук Ю.В. ...94
 Мирошниченко А.А. ...125
 Мищук Е.Б. ...187, 188, 195
 Мовчан В.В. ...16
 Мора Т.В. ...94
 Мурызина О.Ю. ...32
 Набока К.Е. ...88
 Навая Е.М. ...17
 Нагиева Э.П. ...19
 Ненько И.В. ...49, 53, 54

Несененко Ю.В. ...20
Нестерова Е. ...123
Овсянникова Ю. ...117
Околова В.В. ...57
Олейник А.Е. ...193
Онул Н.М. ...58, 59
Островская О.Н. ...83
Панасевич Ю.Д. ...61, 84
Панина Е.А. ...96
Парпуланская Т.Ф. ...17
Пахоленко Н.П. ...49, 50, 50
Пающик Т.Н. ...62
Петрашенко И.И. ...197, 200
Петрук Н.С. ...87
Пешая Н.С. ...51
Пімахов В.В. ...199, 200
Площенко Ю.О. ...51
Повар В.І. ...152
Погребняк М.А. ...68
Полесья В.С. ...16
Польща Ю.С. ...13
Пономарёв Д.А. ...125
Попова Е.И. ...96
Порохня Н.Г. ...117
Присвитлая А.С. ...26
Пустовая В.В. ...62
Пшенко С. ...172
Рибченко В.В. ...88
Родина Е.Д. ...125
Романуха Д.М. ...59, 77, 118
Рудиченко М.Ю. ...59
Ручик О.Н. ...22
Рябинкин И.М. ...108
Сакович В.Н. ...92, 96
Салюк О.Д. ...137, 152
Самофал Е.А. ...52
Сафроненко Ю.В. ...63
Светлов В.О. ...61
Сединкин В.А. ...28
Селезнева У.В. ...53
Синьковская О.А. ...154
Синьовид Н.О. ...23
Скляр В.В. ...36, 46
Скотаренко М.А. ...146
Стесюк К.Н. ...28
Стесюк Т.С. ...28
Страх О.П. ...40
Стриженко А.Б. ...98
Студзінська О.Ф. ...86
Суботня Є. ...155
Суворов В.Л. ...190
Сулиман Абораве ...90

Сумарокова В.С. ...85
 Супрунюк О.В. ...13, 24
 Сяодун Ян ...111
 Теличко А.А. ...63
 Тимофеев Н.Н. ...91
 Тихонов А.Е. ...69
 Ткаченко Е.Ю. ...134
 Ткаченко Н.П. ...120
 Ткаченко О. ...121, 121, 125
 Трискиба А.М. ...49, 54
 Трофимова Г.Н. ...114, 115
 Устименко С.Л. ...187, 188
 Фандеева О.А. ...26
 Фонарьова М.М. ...175
 Фрейвальд В.А. ...175
 Хасхачих Д.А. ...28
 Хмель Е.С. ...157
 Хмельницкая К.А. ...108
 Холод М.О. ...59
 Хомич О.А. ...102
 Цзинхуа Ма ...92
 Цыбульник Е.А. ...17
 Чайка В.А. ...200
 Чергинец А.В. ...69
 Чергінець В.І. ...118
 Чикаренко З.О. ...67
 Чорненький М. ...189
 Чуприна Л.В. ...86
 Шапиро А.В. ...126
 Шапка Е.В. ...34
 Шаповалова А.А. ...73
 Шарапова О.М. ...88
 Шварц Д.А. ...74
 Шевченко Д.Б. ...73
 Шевченко К.А. ...182, 189
 Шевченко О.О. ...158
 Шевченко С. ...155
 Шелест А.А. ...85
 Шинкаренко Т.В. ...70
 Ширикина М.В. ...122
 Шостакович-Корецкая Л.Р. ...66
 Шулина Ю.А. ...111
 Якунина О.М. ...65
 Ярош А.Н. ...37
 Ястребцева А.П. ...123

